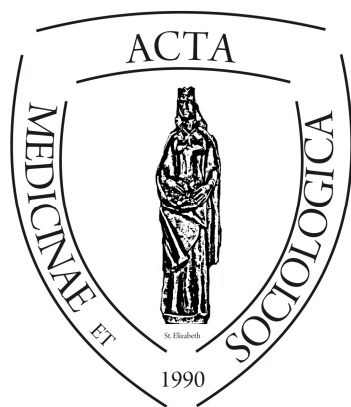


Acta

Medicinae

et

Sociologica



Vol.6. No.16. 2015.

Debreceni Egyetem
Egészségügyi Kar, Nyíregyháza

Acta Medicinae et Sociologica

6. évfolyam 16. szám 2015

Volume 6. No. 16. 2015

Alapítás éve: 2010

Főszerkesztő: Dr. Kiss János

Főszerkesztő-helyettes: Dr. Fónai Mihály

Szerkesztők: Balogh Erzsébet, Dr. Hüse Lajos és Dr. Takács Péter

Angol nyelvi olvasószerkesztő: Tilki Ágnes

Szerkesztőségi tiktár: Dr. Kovács-Nagy Klára

Szerkesztőbizottság: Dr. Kalapos István (elnök), Dr. Kiss János (társelnök),
Dr. Fábián Gergely, Dr. Kósa Zsigmond, Dr. Ködmön József,
Dr. Lőrincz István, Rákóczi Ildikó, Dr. Lukácskó Zsolt, Dr. Szöllősi János,
Dr. Elen Csikai (USA), Dr. Marzanna Farnicka (Lengyelország),
Dr. David Urban (Csehország), Dr. Pogány Magdolna, Dr. Flóra Gábor (Románia),
Dr. Bódi Ferenc, Dr. Irina Kozubovska (Ukrajna)

Tudományos tanácsadók:

Prof. Dr. Muszbek László, akadémikus, Prof. Dr. Pethő Attila, akadémikus,

Prof. Dr. Semsei Imre, Prof. Dr. Valeria Totova (Csehország)

Prof. Dr. Hanna Liberska (Lengyelország)

Felelős kiadó:

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Szerkesztőség: 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

Tel.: (42) 404-411, Fax: (42) 408-656

e-mail: acta.m.s@foh.unideb.hu

Nyomdai előkészítés: Ricsei Béla

HU – ISSN 2062-0284

Folyóiratunk eddig számai az Országos Széchényi Könyvtár elektronikus periódika adatbázisában on-line megtekinthetők: <http://epa.oszk.hu/02500/02535#>

Tartalomjegyzék

Barth Anita

A pszichológiai jóllét és az azt meghatározó tényezők összefüggéseinek nemzetközi vizsgálata felsőoktatásban tanuló fiatalok körében

5

Gyulai Anikó, Fehér Erika, Balácsi Ildikó

A védőnők szerepe a méhnyakrák megelőzésében
A Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai Magyarországon

21

Nagy Ildikó

A burnout szindróma vizsgálata a nyíregyházi ápolók körében

39

Sárváry Attila

A magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti korai halálkozásának jellemzői 1980 és 2011 között

59

Ujváriné Siket Adrienn, Takács Péter, Zrínyi Miklós, Hajdúné Demcsák Lívია, Radó Sándorné, Móricz Istvánné, Sárváry Attila

A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei ápolók szakmai továbbképzési motivációja és pályaképe

79

Virág Ádám

A természetes szociális védőháló vizsgálata egy nyíregyházi alapítvány klienskörében

103

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSoc
VOLUME 6.
2015

A pszichológiai jóllét és az azt meghatározó tényezők összefüggéseinek nemzetközi vizsgálata felsőoktatásban tanuló fiatalok körében

Barth Anita

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Abstract. The aim of this study is a more accurate characterization and identification of students with mental health factors, which could help to improve mental health in the context of higher education. The research was conducted at the University of Debrecen, the Partium Christian University and the State University of Oradea among students. The questionnaire examined the demographic data, the depression, anxiety and stress (DASS-21), the psychological wellbeing (Ryff-18) and the conflict management strategies (TKI). Two questionnaires (DASS-21, Ryff-18) are under validation in Hungary. The sample (N=237) consisted of 147 students from University of Debrecen and 90 students from the State University of Oradea and Partium Christian University. Result of the research showed that there is significant difference in autonomy ($p=0,005$) and purpose in life ($p=0,018$). I also found significant difference in the negative emotional states of stress ($p=0,042$) among students. The students from University of Debrecen reach higher stress level. Furthermore I did not found differences in the conflict management strategies. The students prefer the avoiding conflict strategy.

Keywords: psychological wellbeing, stress, international research, higher education

Absztrakt. Kutatásom célja a hallgatók lelki egészségének pontosabb jellemzése és olyan tényezők azonosítása, amelyek segítségével a lelki egészséget javítani lehetne a felsőoktatás keretein belül. Ennek érdekében kérdőíves vizsgálatot végeztem a Debreceni Egyetem, a Partiumi Keresztény Egyetem és a Nagyvárad Állami Egyetem hallgatóinak körében. Kutatási módszerként a standard kérdőíves vizsgálatot választottam. Az általam használt kérdőív három standard eljárást tartalmazott: a Ryff – féle pszichés jóllétre vonatkozó kérdőívet, a mentális állapotot vizsgáló DASS kérdőívet valamint Thomas Kilmann konfliktuskezelési tesztjét. Az adatfeldolgozás SPSS program segítségével történt. A teljes minta 237 fős lett, 147 fő a Debreceni Egyetemről, míg 90 fő a két nagyvárad egyetemről. A Debreceni Egyetemen tanuló fiatalok (N=147) és a nagyvárad hallgatók (N=90) összehasonlítása során szignifikáns különbséget találtam a pszichés jóllét egyes összetevői közül az autonómia és az életcél területén. A mentális distressz mutatók közül pedig a stressz skálán mértem jelentős eltérést. Míg a Debreceni Egyetem hallgatói a mérsékelt, addig nagyvárad hallgatók az enyhe tartományba tartoznak a stressz tekintetében. A konfliktuskezelési stratégiák alkalmazásában nem találtam jelentős különbséget a két ország hallgatói között. A magyarországi és az erdélyi hallgatók egyaránt az elkerülő stratégiát preferálják.

Kulcsszavak: pszichológiai jóllét, stressz, felsőoktatás

Bevezetés

Az elmúlt évtizedekben egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy a társadalmi és gazdasági változások gyakran káros hatással vannak az emberi személyiség fejlődésére. A technika és a tudomány fejlődése, az emberi látókör kitágulása, a történelmi változások egyre inkább előtérbe hozzák az ember lelki egyensúlyának, egészségének a fontosságát, hiszen a fizikai biztonság, az anyagi jólét és a megfelelő fejlődéshez szükséges helyzetek megteremtése még nem feltétlenül jelenti azt, hogy a fiatalok boldogok és elégedettek is az életükkel. Fokozatosan jelent meg az igény, hogy a fiatalok fejlődését szolgáló főbb szocializációs közegek, mint például az oktatási intézmények a boldog és elégedett életet is biztosítsák. A jelenlegi oktatási intézmények legtöbbször inkább stresszforrás és a félelemteli, mintsem a boldog élet egyik szinterei [Hunter és Csikszentmihályi (2003) ld. még Hamvai és Pikó (2009)].

Témaválasztásomban szerepet játszott, hogy a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának ápoló szakos hallgatójaként nap, mint nap szembesülök azzal, hogy a felsőoktatásban eltöltött évek, sőt már maga az oda kerülés folyamata is számos stresszforrást rejt magában. A felsőoktatásba bekerülő fiatalok számos kihívással néznek szembe. Először is be kell illeszkedniük egy új közegbe, meg kell tanulniuk a tanulmányi ügyintézés menetét, kollégiumban, albérlésben kipróbálják az önálló élet nehézségeit. Nyugtalanítóan hathat a számonkérések megterhelő iz-

galma, a szoros határidők, a követelményeknek való elégtétel, a mindennapos konfliktusok. Nyomasztó érzés, ugyanakkor kihívás is megfelelni az esetleges szülői, oktatói elvárásoknak. Ezeket a stresszhelyzeteket pedig nem mindenki tudja megfelelő módon kezelni. Kezeletlenül pedig negatívan befolyásolja a jóllétet, az életminőséget, sőt akár testi és lelki betegségek kialakulásához is vezethet. Több tanulmány is alátámasztja (Hazag és Major 2008; Móczár 2012; Lazányi 2011a), hogy napjainkban egyre nagyobb azoknak a felsőoktatásban tanuló fiataloknak az aránya akik, valamilyen lelki vagy pszichoszomatikus betegséggel küzdenek. Ennek ellenére a probléma megoldása máig elmaradt. Ugyan kisebb próbálkozások vannak különböző mentálhigiénés programok formájában, de azok, akik a leginkább érintettek nem jutnak el ezekre. Feltételezésem szerint ennek egyik oka az, hogy a hallgatók nincsenek megfelelő módon (olykor egyáltalán) tájékoztatva ezekről a programokról.

Vizsgálatom célja a hallgatók lelki egészségének pontosabb jellemzése és olyan tényezők azonosítása, amelyek segítségével a lelki egészséget javítani lehetne a felsőoktatás keretein belül. Vizsgálatom eredményeivel egyrészt szeretnék hozzájárulni a fiatalok mentális egészségével foglalkozó primer prevenciós programok hatékonyságához és a velük foglalkozó szakemberek munkájához. Másrészt bővíteni szeretném a magyarországi validálás alatt álló Ryff-18 és DASS-21 kérdőívek adatbázisát. A DASS-21 kérdőív validálását Kósa Karolina és Tolvay Katalin (Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet) végzik. A Ryff kérdőívet Kállay Éva és Dégi László Csaba (Kolozsvári Babeş Bolyai Tudományegyetem) fordították, a validálását pedig egy közös kutatócsoport elkezdte Magyarországon, melynek tagjai: Kállay Éva, Dégi László Csaba, Sass Judit, Bodnár Éva és Kiss János.

Kutatási módszerek

Mintavétel és minta

A kutatást a Debreceni Egyetem, a Partiumi Keresztény Egyetem és a Nagyvárad Állami Egyetem hallgatóinak körében végeztem. Az adatfelvétel a 2013/2014-es tanév II. félévében történt, önkitöltős, interneten kitölthető kérdőívvel. Azért döntöttem az elektronikus adatfelvétel mellett, mert a populációt alkotó egyének mindennapjainak elengedhetetlen része az internet. A kérdőívet aktív jogviszonnal rendelkező hallgatók tölthették ki. A teljes minta 237 fő lett: 147 fő a Debreceni Egyetemről, míg 90 fő a két nagyvárad egyetemről.

Alkalmazott mérőeszközök

Kutatási módszerként a standard kérdőíves vizsgálatot választottam, mert ezzel jelentősebb elemszámú minta megkérdezése is elvégezhető. Úgy vélem, hogy az engem leginkább érdeklő pszichés jóllétet, valamint az azt befolyásoló tényezőket szubjektív, önkitöltős kérdőívekkel lehet leginkább feltérképezni. A 76 itemből álló kérdőív a kérdéscsoportok alapján négy részre tagolható.

A megkérdezettek az első hét kérdés megválaszolásával az alapvető szociodemográfiai adatokra vonatkozó kérdésekre adták meg a választ, melyek a nemre, életkorra, felsőoktatási intézményre, szakirányra, évfolyamra, munkarendre és képzési szintre vonatkoztak.

A második rész a DASS kérdőívet tartalmazta. A Magyarországon még validálás alatt álló kérdőívet ausztrál kutatók fejlesztették ki. A kérdőív három negatív érzelmi állapotot mér fel: a depressziót, a szorongást és a stresszt. Minden skálához hét-hét kérdés tartozik. Az önjellemzős kérdőív négyfokú Likert - skálán pontozódik. A Likert - skálán bejelölhető kategóriák: 0-3, ahol a (0) Egyáltalán nem volt rám jellemző; a (3) Nagyon nagy mértékben/nagyon gyakran volt rám jellemző (Henry és Crawford 2005).

A kérdőívem harmadik része a még validálás alatt álló, 18 itemes Ryff Jóllét skála. Az önjellemzős kérdőívben az állítások hat faktorra – az autonómia, környezet uralása, személyes fejlődés, másokkal való jó kapcsolat, életcélok, elfogadás – vonatkoznak. Minden faktorhoz három kérdés tartozik. A válaszok egy hatfokú Likert - skálán adhatók meg, és azt mutatják, mennyire jellemzőek egy adott személyre az adott tulajdonságok saját megítélése szerint. A Likert - skálán bejelölhető kategóriák: 1-6, ahol az (1) Egyáltalán nem értek egyet; a (6) Erősen egyetértek (Ryff 1989).

Az utolsó része Kenneth W. Thomas és Ralph H. Kilmann által kidolgozott kérdőív, melynek célja az egyéni viselkedés vizsgálata konfliktushelyzetekben. A kérdőív 30 állítás párból áll és mind az öt konfliktuskezelési stratégiára – versengő, alkalmazkodó, elkerülő, problémamegoldó, kompromisszumkereső – ad egy-egy pontszámot. Ez a pontszám jelzi, hogy milyen gyakran választottuk az egyes megoldási lehetőségek közül az adott viselkedésmintát. Az eredmény a konfliktuskezelési módok dominanciáját, alkalmazásuk gyakoriságát adja meg (Thomas és Kilmann 1974).

Alkalmazott statisztikai módszerek

A feldolgozást és az elemzést matematikai-statisztikai módszerekkel, SPSS (Statistical Package for Social Science) szoftver segítségével végeztem. Az elemzés során az alábbi műveleteket hajtottam végre:

- átlag
- szórás
- gyakoriság
- kétmintás t-próba
- Mann-Whitney próba
- konfidencia intervallum számítás
- korrelációs számítás

Eredmények

Az eredmények bemutatása során először a minta egészére (N=237) vonatkozó megállapításokat ismertetem, majd ezután összevetem a kutatásban részt vevő két ország hallgatóinak mutatóit.

Mivel a két nagyvárosi egyetemről a vártnál kevesebb kitöltött kérdőívem érkezett vissza, ezért arra a döntésre jutottam, hogy a két nagyvárosi egyetem hallgatóit egy csoportként kezeljem (N=90) és a vizsgálatban részt vevő két ország hallgatóit hasonlítom össze (nem pedig az egyetemek hallgatóit). Úgy gondolom, az összevonas két okból is megtehető. Egyrészt a kérdőívek csak magyar nyelven voltak elérhetőek, ezért feltételezem, hogy a nagyvárosi populáció azon tagjai töltötték ki, akik a nyelvet értik és beszélik, vagyis a magyar kisebbséghez tartoznak Romániában. Másrészt mindkét egyetem Nagyváradon található, így a hallgatók bár külön egyetemen tanulnak, mégis ugyanazon városi légkörben élik mindennapjaikat, ugyanolyan szórakozási lehetőségeik vannak, nagyon sokszor pedig ugyanabba a baráti társaságba tartoznak. Mint Nagyváradon élő rokonokkal és barátokkal rendelkező személy ezt kint tartózkodásom során tapasztaltam is.

Demográfiai jellemzők

A teljes minta 62%-a (147 fő) a Debreceni Egyetem, míg 38%-a (90 fő) a Partiumi Keresztény Egyetem (53 fő) és a Nagyvárosi Állami Egyetem (37 fő) hallgatója. A résztvevők 73%-a (174 fő) nő, 27%-a (63 fő) férfi. A válaszadók átlagéletkora 22 év. A legfiatalabb válaszadó 18, a legidősebb 46 éves volt. A felmérésben részt vettek 90%-a alapképzésben, 10%-a mesterképzésben tanul. A nappali tagozatos hallgatók a minta 97%-át teszik ki és mindössze 3%-át a levelező tagozatosok.

A résztvevők körében a tanult szakirányok szerint is megvizsgáltam a megoszlást. A segítő hivatást választó hallgatók a teljes minta körülbelül 65 %-át teszik ki. Ez azt jelenti, hogy többségük általános orvos, ápoló, mentőtiszt, szülésznő, védőnő, egészségügyi szervező, pszichológia és szociális munka szakos hallgató.

Pszichológiai jóllét a felsőoktatásban

A minta egészére vonatkozó megállapítások

A felmérésben részt vevő hallgatók pszichológiai jóllétének egyes összetevőit Ryff vizsgálatának eredményeivel hasonlítom össze (1. táblázat).

Ryff 321 különböző életkorú személynél vizsgálta a pszichés jóllét egyes összetevőit. Életkor szerint a középkorúak között többen értek el magasabb értékeket a vizsgált dimenziókon (életcél, autonómia) a fiatalabb vagy idősebb korosztályhoz képest. A környezet uralásának észlelt képessége nőtt az életkorral, míg a személyes növekedés magasabb volt a fiatal és középkorú válaszadók körében. Nem szerint a másokkal való jó kapcsolat és a személyes növekedés észlelése a nőknél magasabb volt, mint a férfiaknál (Ryff 1989).

	A kutatásom során kapott átlageredmények	Ryff átlageredményei
Személyes növekedés	13,39	15,5
Életcél	13,27	14
Pozitív kapcsolat másokkal	12,82	12,5
Önelfogadás	12,33	12,5
Autonómia	12,25	13
Környezet uralása	12,24	12,5
	N=237	N=321

1. táblázat: A pszichés jóllét egyes összetevőinek átlaga.

A hat skála közül a személyes növekedés területen kaptam a legmagasabb értéket. Az általam mért érték (átlag: 13,39) azonban jóval alacsonyabb, mint Ryff eredménye (átlag: 15,5). A személyes növekedés dimenziójánál mért alacsonyabb pontszám jelentheti azt, hogy a hallgatók fejlődése stagnál, unottak az élet legtöbb területén, nem képesek új viselkedési modellt alkalmazására.

A személyes növekedés az önelfogadással ($r=0,545$) és az életcéllal ($r=0,577$) mutat szoros kapcsolatot. Az ember egyik életcélja a személyes növekedés vi-

szont csak az a személy képes megvalósítani önmagát, aki pozitív önképpel rendelkezik (Kopp és Martos 2011).

Az életcél dimenziójánál mértem a második legmagasabb értéket. Ez a pontszám (átlag: 13,27) azonban alacsonyabb, mint Ryff átlageredménye (átlag: 14,00), ami utalhat arra, hogy a vizsgált személyek nem terveznek, mert nem látják az irányt, nem érdekli őket a jövő.

Az életcél szoros együttjárást jelez a már említett személyes növekedéssel ($r=0,577$) valamint a másokkal való pozitív kapcsolattal ($r=0,499$). Ez nem meglepő, hiszen az életcélok azokra az ideálokra, állapotokra vagy tárgyakra vonatkoznak, melyeket az emberek a legfontosabbnak tartanak az életben. A szokásos életcélok közé pedig a kapcsolatok, a munka, a jómód, gazdagság, a tudás és a teljesítmény tartoznak (Martos 2010).

A hat skála közül a másokkal való pozitív kapcsolat skálán kaptam csak nagyobb átlagértéket (átlag: 12,82), mint Ryff (átlag:12,5). A skálán mért magasabb pontszám jelentheti azt, hogy a hallgatók társas kapcsolataikban empátiusan, őszintén, érdeklődően és megértően tudnak viszonyulni másokhoz.

Az önel fogadás jelenti a pozitív önképet, vagyis önmagunk elfogadását a jó és a rossz tulajdonságainkkal együtt. Ezen a területen a kapott eredményem (átlag: 12,33) közel azonos Ryff eredményével (átlag: 12,5).

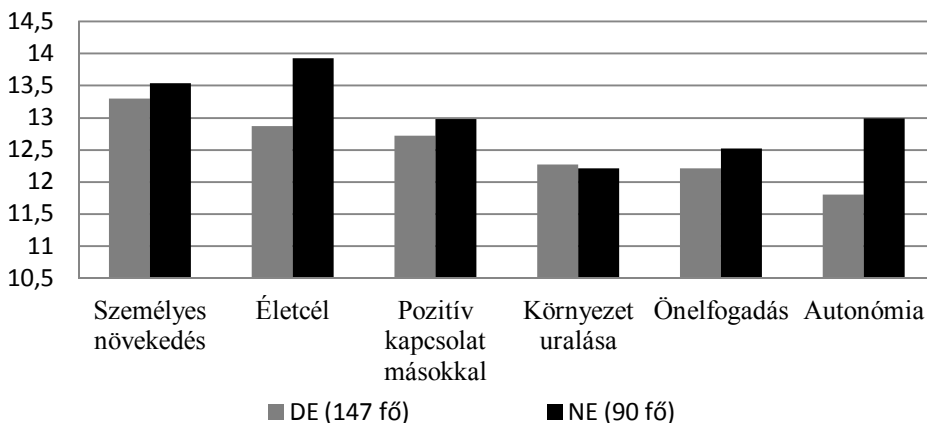
Ez a dimenzió szoros kapcsolatot jelez a már említett személyes növekedéssel ($r=0,545$) valamint a környezet uralásával ($r=0,536$). Tehát az a személy, aki pozitív önképpel rendelkezik, jobban tud alkalmazkodni az esetleges környezeti változásokhoz, jobban ki tudja használni a környezete által nyújtott lehetőségeket.

Az autonómia dimenziójánál mértem az egyik legalacsonyabb értéket. Az eredményem (átlag: 12,5) Ryff eredményéhez (átlag: 13) képest is alacsony. Ez utalhat arra, hogy a felsőoktatásban tanuló fiatalokat külső elvárások, mások értékelései irányítják, mások segítsége nélkül képtelenek fontos döntések meghozatalára.

A vizsgálatban részt vevő valamennyi hallgató jóllét észlelése az autonómia területén egyik változóval sem függ össze nagymértékben.

A hat skála közül a környezet uralása területén kaptam a legalacsonyabb értéket, amelyközel azonos Ryff eredményével. Feltételezhető, hogy a hallgatók nehezen kezelik mindennapi problémáikat és úgy érzik képtelenek javítani a környezetükön.

A vizsgálatban részt vevő két ország hallgatóinak összehasonlítása



1. ábra: A pszichés jóllét egyes összetevőinek átlaga a vizsgált egyetemek hallgatóinak körében.

A hat faktor közül a személyes növekedés, a pozitív kapcsolat másokkal, a környezet uralása valamint az önellfogadás skálákon közel azonos eredményt kaptam.

Igen nagyok azonban a különbségek az életcél valamint az autonómia területén. A DE-en tanuló fiatalok életcélátlaga 12,87, a NE hallgatóinak átlaga 13,93. A kétmintás (független mintás) t-próba elvégzése során azt az eredményt kaptam, hogy a két átlageredmény között szignifikáns különbség van ($p=0,018$). Ebből azt a következtetést lehet levonni, hogy a Nagyváradon található egyetemek hallgatóinak határozottabb céljaik vannak, hisznek a jelen és múltbeli életük értelmében és abban, hogy a céljaik megvalósulnak a jövőben. A DE-en tanuló fiatalok autonómiaátlaga 11,8, a NE hallgatóinak átlaga 12,99. A kétmintás (független mintás) t-próba eredménye ($p=0,005$) alapján pedig elmondható, hogy a különbség erősen szignifikáns. Tehát a két nagyváradai egyetemen tanuló fiatalok saját standardjaik alapján értékelik önmagukat, társadalmi nyomás alatt is képesek önállóak maradni.

A hallgatók mentális distressz mutatóiA minta egészére vonatkozó megállapítások

A kutatásom során kapott átlageredmények		
	Átlag	Szórás
Depresszió	5,47	4,431
Szorongás	4,34	3,662
Stressz	8,54	4,683
N=237		

2. táblázat: A DASS-21 kérdőív skáláinak átlaga, szórása.

	Depresszió	Szorongás	Stressz
Normál	51,5% (122 fő)	50,2% (119 fő)	44,3% (105 fő)
Enyhe	16% (38 fő)	17,7% (42 fő)	14,8% (35 fő)
Mérsékelt	17,8% (42 fő)	15,2% (36 fő)	19,8% (47 fő)
Súlyos	7,7% (18 fő)	6,3% (15 fő)	16% (38 fő)
Extrém súlyos	7% (17 fő)	10,5% (25 fő)	5,5% (12 fő)
N=237			

3. táblázat: A mentális distressz mutatóin belüli értékek gyakorisága.

Depresszió:

A depresszió skálán kapott átlageredményem 5,47. A kapott átlag alapján elmondható, hogy a hallgatók enyhe mértékű depressziót jeleznek.

A gyakoriságvizsgálat eredménye szerint a hallgatók 67,5%-a tartozik a normál-enyhe, míg 32,5%-a a mérsékelt – súlyos - extrém súlyos tartományba.

A korrelációs számítás során azt az eredményt kaptam, hogy a depresszió nem jár együtt a szorongással, ugyanakkor erős kapcsolatban áll a stresszel.

Szorongás:

A szorongás skálán kapott eredményem (átlag: 4,34) alapján elmondható, hogy a hallgatók enyhe mértékű szorongást jeleznek.

A gyakoriságvizsgálat eredménye szerint a hallgatók 67,9%-a tartozik a normál - enyhe, míg 32,1%-a a mérsékelt – súlyos - extrém súlyos tartományba.

A korrelációs számítás során azt az eredményt kaptam, hogy a szorongás nem jár együtt a depresszióval, de összefügg a stresszel.

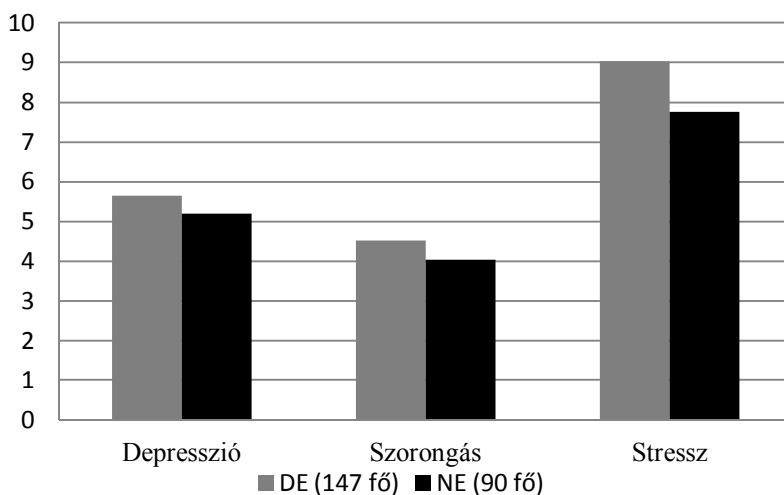
Stressz:

A három skála közül a hallgatók a stresszre vonatkozó tünetekre adták a legtöbb pontszámot (átlag: 8,54), ami enyhe mértékű stresszt jelez.

A gyakoriságvizsgálat azt az eredményt mutatja, hogy a résztvevők 59,1%-a tartozik a normál-enyhe, míg 40,9%-a a mérsékelt – súlyos - extrém súlyos tartományba.

A nemek közötti összehasonlításban számottevő különbséget találtam. Míg a férfiak (átlag: 6,86) a normál, addig a nők (átlag: 9,16) a mérsékelt tartományba tartoznak a stressz tekintetében. Az átlageredmények közötti különbség erősen szignifikáns ($p=0,001$).

A vizsgálatban részt vevő valamennyi hallgató mentális distressz mutatói közül a stressz erős kapcsolatot mutat a depresszióval ($r=0,616$) és a szorongással ($r=0,628$). Ez tehát azt jelenti, hogy a magas stressz-szinttel rendelkező hallgatók magas depresszió és szorongás szinttel is rendelkeznek.

A vizsgálatban részt vevő két ország hallgatóinak összehasonlítása

2. ábra: A hallgatók mentális distressz mutatói.

Összességében elmondható, hogy a DE hallgatói mindhárom skálán magasabb pontszámot értek el. Jelentős különbséget azonban csak a stressz skálán mértem. A DE-en tanuló fiatalok átlageredménye 9,03, míg a NE hallgatóinak eredménye 7,76. A paraméteres t-próba eredménye ($p=0,042$) alapján elmondható, hogy az átlagértékek különbsége szignifikáns.

Úgy vélem ennek egyik oka a szakirányokban keresendő. A DE hallgatói között jóval nagyobb azoknak a fiataloknak az aránya, akik valamilyen segítő hivatást választottak maguknak. Továbbá a NE hallgatói közül 53 fő a keresztyén értékrendű egyetem hallgatója. A vallásról pedig számos kutatás bebizonyította, hogy megnyugvást nyújt és kedvezően befolyásolja az egészséget (Indiries 2005). Ezen kívül a NE hallgatói közül mindössze 90 fő vett részt a vizsgálatban, míg a DE hallgatói közül 147 fő töltötte ki a kérdőívet. Az egyenlőtlen eloszlás pedig szintén okozhat eltérő eredményt. A két nagyvárosi egyetem hallgatóinak az alacsonyabb stressz-szintje azonban utalhat arra is, hogy annak ellenére, hogy kisebbségben vannak még lehetőségük van önazonosságuk megőrzésére, identitásuk kiteljesítésre.

A konfliktuskezelési stratégiákkal kapcsolatos eredmények

A minta egészére vonatkozó megállapítások

	A kutatásom során kapott átlageredmények
Versengő	5,31
Problémamegoldó	5,92
Alkalmazkodó	5,95
Kompromisszumkereső	6,11
Elkerülő	6,7
	N=237

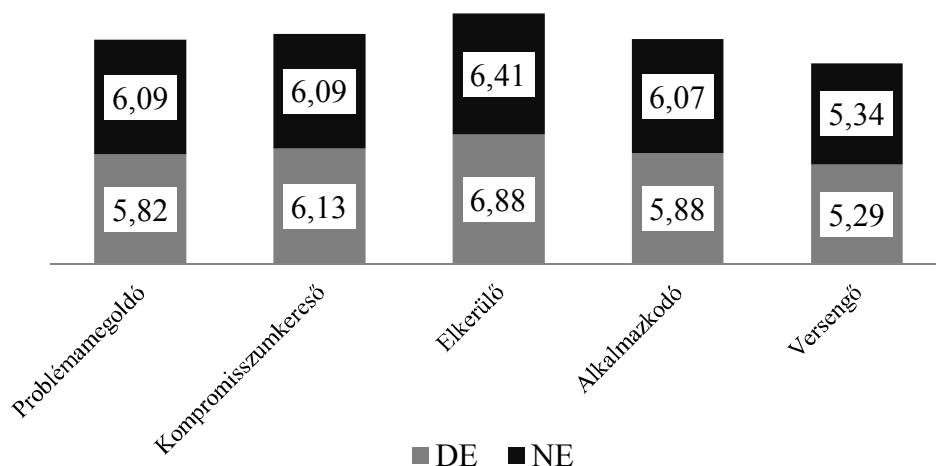
4. táblázat: A konfliktuskezelési stratégiák átlaga

Az öt konfliktuskezelési stratégia közül a versengés területen kaptam a legacsonyabb értéket (átlag: 5,31). Ez azt jelenti, hogy a hallgatók nem akarják mindenáron a saját akaratukat érvényesíteni másokéval szemben, nem törekednek mindenáron a győzelemre. A nemek közötti összehasonlításban azt az eredményt kaptam, hogy a férfiak átlageredménye nagyobb, mint a nőké (átlag: 5,92 > 5,09). Annak eldöntésére, hogy szignifikáns-e a különbség a nem-paraméteres Mann-Whitney próbát alkalmaztam, melynek eredménye ($p=0,075$) alapján elmondható, hogy nincs szignifikáns különbség a nemek között. A konfliktuskezelési stratégiák közül egyedül a versengő stratégia mutat korrelációt más stratégiával. Erős negatív korrelációt jelez az alkalmazkodó stratégiával ($r=-0,63$). Ez tehát azt jelenti, hogy azok a hallgatók, akik magas átlageredményt értek el a versengő stratégia területén, azok alacsonyabb értékkel rendelkeznek az alkalmazkodás tekintetében.

A legmagasabb átlageredményt az elkerülő konfliktuskezelési stratégia területén kaptam. Ez alapján tehát elmondható, hogy a fiatalok többsége a konfliktusokról azt gondolja, hogy jobb kimaradni belőle. A konfliktust inkább hártják, elfojtják, elkerülik úgy, hogy saját céljaikat, érdekeiket nem érvényesítik, ugyanakkor nem működnek együtt a másik céljának elérése érdekében sem, így ez vesztes – vesztes megoldásnak tekinthető. A nyugalom és csend érdekében inkább visszahúzódnak, hogy elhárítsák a fenyegető helyzetet. A teljes mértékű passzivitással azonban másokat is gátolnak abban, hogy valamilyen elfogadható megoldás születhessen. Ez a konfliktuskezelési mód leginkább akkor használatos, amikor valaki kevés információval rendelkezik, és abban bízik, hogy az idő múlásával több információhoz juthat.

Kenneth W. Thomas és Ralph H. Kilmann által kidolgozott modell előnye egyrészt, hogy lehetőséget ad az egyéni konfliktuskezelési stratégiák mérésére, másrészt megmutatja, hogy az adott megközelítési mód mely helyzetben tekinthető hatékonynak. Fontos tudni, hogy nincs „jó” vagy „rossz” megoldás. Mindenkinél előfordul mind az öt, a különbség csak az arányokban van. Minden embernek van azonban egy preferált stratégiája, amelynek ismerete segítheti az egyént abban, hogy melyik terület használata jellemzi és melyiket esetleg fejlesztenie kéne. Egy-egy stratégia megjelenése nem minősít önmagában senkit, ezek megítélése csak az adott összefüggésrendszerben, az adott konkrét szituáció ismeretében lehetséges

A vizsgálatban részt vevő két ország hallgatóinak összehasonlítása



3. ábra: A hallgatók által alkalmazott konfliktuskezelési stratégiák átlaga.

A 3. ábráról leolvasható, hogy a hallgatók átlageredményei között minimális különbségek vannak. A legtöbb pontszámot az elkerülő, míg a legkevesebbet a versengő konfliktuskezelési stratégia kapta mindkét ország hallgatóinak körében. Vagyis a hallgatókat alacsony önérvényesítés és együttműködés jellemzi. A 95%-os megbízhatósági szintű konfidencia intervallum figyelembe vételével azonban az is elmondható, hogy míg a Debreceni Egyetem hallgatóinál az elkerülő konfliktuskezelési stratégia minimum (átlag: 6,49) és maximum (átlag: 7,27) átlaga nem mutat átfedést a többi konfliktuskezelési stratégia minimum és maximum átlagával, tehát a többitől teljesen elkülönül, addig a nagyváradi hallgatóknál ez nem figyelhető meg.

Javaslatok

Mit tehetnek a felsőoktatási intézmények annak érdekében, hogy segítsék a hallgatókat a különböző stressz- és konfliktushelyzetek megoldásában?

Először is nagyon fontos tisztázni, hogy a stressz elkerülhetetlen. A stresszt csak kezelni lehet. Ebből kifolyólag úgy vélem, nagyon fontos lenne, hogy a hallgatók megfelelő megküzdési stratégiákkal rendelkezzenek. Különböző stresszkezelő tréningeken, kurzusokon a hallgatók el tudnák sajátítani azokat a módszereket, stratégiákat, technikákat, amelyek segítenének nekik abban, hogy hatékonyabban kezeljék a stresszt. Ezeket a kurzusokat akár szabadon választható tárgyként is meglehetne hirdetni, hiszen a hallgatókat a kurzus elvégzése után kapott néhány kredit is motiválná.

A tréningek hatékonyságát pedig kérdőíves felméréssel lehetne eldönteni, mely akár egy újabb kutatás alapjául is szolgálhatna.

Ezen kívül szakemberek bevonásával változatos sportolási lehetőségeket is lehet kínálni a hallgatók számára. Köztudott, hogy a rendszeres testmozgás az egészségi állapot szubjektív megítélését pozitív irányba befolyásolja, vagyis a hallgatók önértékelés, önbizalma ezáltal javulhatna. A rendszeres fizikai aktivitás csökkenti a feszültséget és azt az érzést erősíti az egyénben, hogy uralja a testét, ezzel együtt az életét.

Továbbá a felsőoktatási intézményeknek érdemes lenne alkalmazni illetve támogatnia a társas támogatás különböző formáit, mint például a szakkollégiumokat. A társas támogatás, mint a jóllét szükségszerű eleme, segít a stressz-szint csökkentésében valamint a megfelelő megküzdési módok kialakításában. Kutatások bizonyítják, hogy azok az emberek, akik széles támogatói körrel rendelkeznek,

gyakrabban állnak pozitívan a felmerülő problémákhoz és könnyebben felelkeznek meg a negatív érzelmeikről (Lazányi 2011b).

Mindemellett már a felsőoktatásban el lehetne kezdeni a kiégés prevenciót a személyiség fejlesztésével, a szakmához kapcsolódó érzelmi követelmények megvilágításával.

Összegzés

Kutatásom célja a hallgatók lelki egészségének pontosabb jellemzése és olyan tényezők azonosítása, amelyek segítségével a lelki egészséget javítani lehetne a felsőoktatás keretein belül. Ennek érdekében kérdőíves vizsgálatot végeztem a Debreceni Egyetem, a Partiumi Keresztény Egyetem és a Nagyvárad Állami Egyetem hallgatóinak körében. A teljes minta 237 fős lett: 147 fő a Debreceni Egyetemről, míg 90 fő a két nagyvárad egyetemről.

Kutatási módszerként a standard kérdőíves vizsgálatot választottam. A 46 itemből álló kérdőív a kérdéscsoportok alapján három részre tagolható. Az első rész a szociodemográfiai adatokra vonatkozó kérdéseket tartalmazta, a második rész a DASS-21 kérdőívet, amely három negatív érzelmi állapotot mér fel: a depressziót a szorongást és a stresszt. Az utolsó rész Ryff Jólét skálája, amelyben az állítások hat faktorra – autonómia, környezet uralása, személyes fejlődés, másokkal való jó kapcsolat, életcélok, önfogadás – vonatkoznak. A feldolgozást és az elemzést SPSS program segítségével végeztem. Eredményeim a következőképpen alakultak: A vizsgálatban részt vevő hallgatók (N=237) a személyes növekedés területén érték el a legmagasabb átlageredményt, míg a két legalacsonyabbat az autonómia és a környezet uralása skálákon mértem. A mentális distressz mutatók közül a hallgatók a stresszre adták a legtöbb pontszámot. A gyakoriságvizsgálat azt az eredményt mutatja, hogy a résztvevők 40,9%-a a mérsékelt – súlyos - extrém súlyos tartományba tartoznak e tekintetben. A nemek közül a nők jóval magasabb stressz-szintet jeleznek. A Debreceni Egyetem hallgatóinak (N=147) és a két nagyvárad egyetem hallgatóinak (N=90) az összehasonlítása során szignifikáns különbséget találtam a pszichés jólét egyes összetevői közül az autonómia és az életcél területén. A mentális distressz mutatók közül pedig a stressz skálán mértem jelentős eltérést. Míg a Debreceni Egyetem hallgatói a mérsékelt, addig a két nagyvárad egyetem hallgatói az enyhe tartományba tartoznak a stressz tekintetében. A nagyvárad hallgatók átlageredménye jóval alacsonyabb, mint a DE hallgatóinak eredménye. A stressz skálán mért értékek közötti különbség szignifikáns ($p=0,042$). A konfliktuskezelési stratégiák alkalmazásában nem találtam jelen-

tős különbséget a két ország fiataljai között: a hallgatók egyaránt az elkerülő stratégiát preferálják.

A vizsgálati eredményekből látszik, hogy a fiatalok már a felsőoktatásban eltöltött évek alatt számos stressz- és konfliktusforrásnak vannak kitéve, amelyeket nem tudnak megfelelő módon kezelni. Ezért a felsőoktatási intézmények egyik fontos feladata lenne a hallgatók lelki egészségének a védelme, mentálhigiénés gondozása, mellyel elérhető lenne a hallgatói jóllét növelése és a stresszszint csökkentése.

Irodalomjegyzék

1. Hazag A. - Major J. (2008): A hallgatói kiégés jelensége, orvosok lelki egészségvédelme, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(4), pp. 305-322.
2. Hamvai CS. - Pikó B. (2009): A serdülők szubjektív jóllétét meghatározó társas tényezők a családban és az iskolában. *Új Pedagógiai szemle*, 4. 30 – 43.
3. Hunter J. P. - Csikszentmihályi M. (2003): The positive psychology of interested adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 32. évf. 27–35.
4. Indries K. (2005): Vallásosság, Országos Epidemiológiai Központ, OLEF2003, Kutatási jelentés.
5. Kopp M. - Martos T. (2011): A magyarországi gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét, életminőség viszonya, Magyar Pszichofiziológiai és Egészséglélektani Társaság, Budapest.
6. Lazányi K. (2011a): Mit nyújthat egy szakkollégium a felsőoktatásban tanuló hallgatóknak? Erdei Ferenc VI. Tudományos konferencia kiadványa, Kecskemét.
7. Lazányi K. (2011b): A társas támogatás szerepe és jelentősége a felsőoktatásban a diákszervezeti tagság kapcsán. In: *Vállalkozásfejlesztés a XXI. században*, Budapest, pp. 155-170.
8. Martos T. (2010): Életcélok és lelki egészség a Magyar társadalomban, Doktori (PhD) értekezés, Semmelweis Egyetem, Budapest.
9. Móczár Á. (2012): Gyógypedagógus hallgatók társas támogatásának vizsgálata, Szakdolgozat, ELTE-BGGYK, Budapest.
10. Ryff C. (1989). "Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being". *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
11. Thomas K. W. - Kilmann R. H. (1974): *Thomas-Kilmann conflict mode instrument*. New York: Xicom.

Barth Anita

Erdélyben születtem 1990-ben. A középiskolai tanulmányaimat Budapesten végeztem. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Karára 2012-ben jelentkeztem diplomás ápoló szakra, ahol jelenleg negyedéves hallgató vagyok. A Debreceni Egyetem Tehetség gondozó Programjának 2013 óta vagyok a tagja. A diploma megszerzése után mesterképzésben szeretnék majd részt venni.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

A védőnők szerepe a méhnyakrák megelőzésében

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai Magyarországon

Gyulai Anikó¹, Fehér Erika², Balázs Ildikó³

¹Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar;

²Országos Tisztifőorvosi Hivatal;

³Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv

Abstract. Cervical cancer mortality is high in Hungary, with more than 400 deaths per year. In 2003, a national cervical cancer screening program was launched to provide screening services for women who otherwise would not use services themselves. There are different practices across European countries regarding who takes the cervical smear. In certain Western European countries, general practitioners in primary health settings (Denmark and Netherlands), or nurses and midwives (Finland, Sweden and UK) take the smear. In Hungary, because of a tradition of opportunistic screenings, only gynaecologists can take the smear, and the screening test includes not only cytological examinations but colposcopic examinations, as well. As such, the examinations often take place only in outpatient service settings in larger population centers, which limit accessibility for village dwellers.

In developing a screening program, it is important to increase its accessibility, especially for low income families and gypsies. If a smear were to be taken in primary health care settings by public health nurses (as is standard practice in several Western European countries), participation rates in Hungary would probably increase. Primary

health care services are more accessible to the general population. The staff is familiar with the cultural and socioeconomic background of the local population, and could also be involved in the local communication efforts regarding the program.

Keywords: district nurse, cervical cancer screening, socioeconomic factors, Hungary.

Absztrakt. Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás európai összehasonlításban igen magas, annak ellenére, hogy a szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés 2004-ben bevezetésre került. A szervezett szűréssel kapcsolatos eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a lakosság szűrésen való részvételét növelni szükséges. Magyarországon 2009-ben pilot jelleggel elindult egy új szolgáltatás, a Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram (VMMP I.), azzal a céllal, hogy képzett szakdolgozókat (védőnőket) vonjanak be a népegészségügyi célú méhnyakszűrésbe, és növekedjen a lakosság számára a szűréshez való hozzáférés. Az első mintaprogram eredményei alapján következő években (2010-2013) tovább folytatódta a Védőnői Méhnyakszűrő Programok (VMP II-III-IV-V) Tanulmányunkban a Védőnői Méhnyakszűrő Programok (2009-2013) eddig elért eredményeit foglaltuk össze.

A programokban önként jelentkező, többnyire falvakat ellátó területi védőnők vettek részt, akik vállalták, hogy továbbképzést követően körzetükben (településükön) méhnyakrák megelőzéssel kapcsolatos egészségfejlesztő tevékenységet végeznek, és részt vesznek a népegészségügyi célú, szervezett méhnyakszűrés szervezésében és végzésében, azaz méhnyakszűrést (kenetvételt) is végeznek. A programok ideje alatt (2008-2013) összesen 164 628 szürendő kapott meghívólevelet a védőnőnél is igénybe vehető szervezett méhnyakszűrésre. A meghívót kapó nők 45 %-át érték el a védőnők. Az elért nők 32 %-a (23 991 fő) ment el a védőnőhöz méhnyakszűrésre.

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai alátámasztják, hogy a méhnyakrák halálozás csökkentése érdekében a nemzetközi gyakorlatot követve - az alapellátás, és ezen belül a védőnőknek a szűrési folyamatba történő bevonása szükséges. A védőnők bebizonyították, hogy képesek és alkalmasak: a méhnyakszűrés megtanulására, a szürendők elérésére, megszólítására, szűrésre ösztönzésre, a szűrés végzésére, és megfelelő minőségű kenetek vételére.

Kulcsszavak: védőnő, méhnyakszűrés, hátrányos társadalmi gazdasági helyzet, Magyarország.

Bevezetés

Magyarországon a méhnyakrák okozta halálozás európai összehasonlításban igen magas, annak ellenére, hogy a szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés 2003, szeptember 01-én bevezetésre került. A szervezett szűréssel kapcsolatos eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a lakosság szűrésen való részvételét növelni szükséges. Magyarországon 2009-ben pilot jelleggel elindult egy új szol-

gáltatás, a Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram (VMMP), azzal a céllal, hogy képzett szakdolgozókat (védőnőket) vonjanak be a népegészségügyi célú méhnyakszűrésbe, és növekedjen a lakosság számára a szűréshez való hozzáférés. Az első mintaprogram eredményei alapján a következő években (2010-2013) tovább folytatódtak a Védőnői Méhnyakszűrő Programok (VMP II-III-IV-V). Az eddig lezajlott programok eredményei alátámasztották, hogy sikeres lehet – a nemzetközi gyakorlatot követve - az alapellátás, és ezen belül a védőnőknek a szűrési folyamatba történő bevonása. A 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendelet módosította a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendeletet, melynek értelmében a védőnők növekedési feladatai 2015. május 1-jével a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzésével egészülnek ki. A rendelet értelmében az a védőnő jogosult a tevékenység elvégzésére, aki igazolja, hogy az e tevékenység elsajátítására irányuló legalább 40 órás szakirányú képzést elvégezte, továbbá a tanácsadó helyisége rendelkezik az 5/A. számú mellékletben meghatározott feltételekkel.

A védőnői méhnyakszűrés bevezetését tehát az egészségpolitikai döntéshozók támogatják, a program iránti érdeklődés – különösen a 28/2013. (IV.5.) EMMI rendelet megjelenése óta – a védőnők körében nő, elfogadottsága a szülész-nőgyógyászok között még nem teljes - mivel a védőnői méhnyakszűrés céljai és elért eredményei még nem mindenki előtt ismertek.

Napjainkban a védőnői méhnyakszűrés országos kiterjesztése folyamatban van. A „Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbéliszűrési programok) kiterjesztésének támogatása” című (TÁMOP – 6.1.3.A -13/1-2013-0001 kódszámú) Európai Unió projekt egyik célkitűzése ugyanis közel 1000 új védőnő képzése és bevonása a szervezett méhnyakszűrés végzésébe.

Ezért kiemelt fontosságú a védőnői méhnyakszűrés minél szélesebb körű megismertetése.

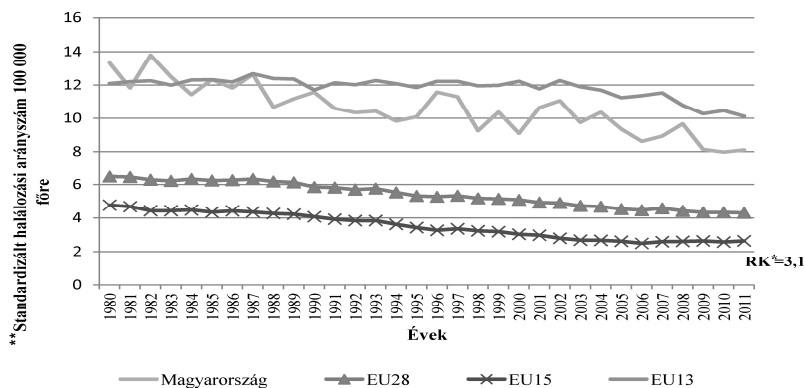
Jelen tanulmány elkészítésével a célunk az volt, hogy ismertessük az eddig lezajlott Védőnői Méhnyakszűrő Programok előzményeit, továbbá, hogy bemutassuk a fontosabb eredményeket. Írásunk reményeink szerint hozzájárul ahhoz, hogy növekedjen az új szolgáltatás elfogadottsága a szakemberek körében, elősegítve annak meghonosodását a gyakorlatban.

Háttér

Magyarországon a nőgyógyászati rákszűrés kezdetei az 1950-es évekre nyúlnak vissza, amikor többek között az Országos Onkológiai Intézet (OOI) munkatársai kizsállásokon panaszmentes asszonyokat vizsgáltak meg azzal a céllal, hogy a méhnyak és a méhtest rákot minél korábbi stádiumban felismerjék. Az OOI mű-

ködedési szabályzata már 1954-ben előírta a 30 éven felüli női lakosság szűrését. A szűrés módszere a kolposzkópos vizsgálat volt. Az 1960-as évek elején vált a komplex nőgyógyászati vizsgálat részévé a cervix kenet citológiai vizsgálata. A hálózat kezdett kiépülni, megalakultak a citodiagnosztikai állomások. 1976-ban megalakult a Nőgyógyászati Rákszűrés szervezésében a Cervix-patológiai Szekció. A céljukat így fogalmazták meg: „minden 20 évnél idősebb nőnél végzett első nőgyógyászati vizsgálatot egyúttal szűrővizsgálatnak kell tekinteni”. A citológiai és kolposzkópos vizsgálatot a diagnosztika lényeges részének nyilvánították. 1981-ben meghirdették a Cervix-Programot, így gyakoribbá vált a preinvaszív és korai invazív esetek felismerése (Lehoczky 1997).

Az életkorhoz kötött alkalmoszerű (opportunistikus) méhnyak szűrést az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet tette lehetővé, a 25-55 éves nőknek évente, az 55-65 év közöttieknek pedig kétfévente. A szervezett, népegészségügyi célú méhnyakszűrés 2003-ban került bevezetésre, melynek értelmében a 25-65 éves korú nők egyszeri negatív eredményű szűrést követően 3 év múlva meghívást kapnak méhnyakszűrésre. A szűrési tevékenységet a nőgyógyászati szakrendeléseken végzik. A fenti törekvéseknek köszönhetően az elmúlt három évtizedben (1980-2011 között) Magyarországon 13,34-ről (1980), 8,1-re (2011) csökkent a 100 000 főre számított standardizált halálozási arányszám a 25-64 éves nők körében a méhnyakrák tekintetében (WHO HFA 2013). Ennek ellenére nem lehetünk elégedettek a halálozási mutatóinkkal, hiszen az EU 15 országaihoz képest ma Magyarországon 3,1-szeres (Sárváry 2013), az EU 28 országaihoz képest pedig közel kétszeres (1,9) a relatív kockázata a 25-64 éves korú nők méhnyakrák halálzásának. (1.ábra).



1.ábra: A méhnyakrák miatti halálozás alakulása a 25-64 éves nők körében Magyarországon és az EU egyes régióiban 1980-2011.

*RK: relatív kockázat 2011-ben. EU15=1,0; **Standard: az európai standard populáció kormegoszlása. Forrás: WHO/HFA adatbázis, 2013. október

Magyarországon az utóbbi évtizedekben a méhnyakrák mortalitása csökkent, azonban az európai referencia értékekhez képest még mindig nagyon magas. Évente átlagosan 400 (2011-ben 414, 2012-ben 426) nő hal meg ebben a betegségben (KSH 2013).

A szűrővizsgálat lakossági igénybevétele

A méhnyakrák korai felismerését követő kezelésével a prognózis jelentős mértékben javítható (Quinn, Babb és munkatársai 1999). A szűrővizsgálat, amely kenetvételből, illetve a kenet citológiai vizsgálatából áll, alkalmas a betegség korai felismerésére. A cervikális citológiai kenetvizsgálat elsődleges célja a női lakosság méhnyak rákmegelőző állapotainak és korai invazív rákjainak mielőbbi felismerése és kezelése, ezáltal csökken az invazív méhnyakrák előfordulása, és a méhnyakrák okozta halálozás. A 25 és 65 év közötti női lakosság 100%-os átszűrtségét feltételezve a megbízhatóan negatív lelet után háromévente megismételt szűrés 90 %-kal csökkentheti az invazív méhnyakrák kialakulásának kockázatát (Day, 1986).

Hazánkban a komplex nőgyógyászati vizsgálatot és kolposzkópiát alkalmazó szűrővizsgálatnak vannak nagy hagyományai (Döbrössy, 2007). A több évtizedes opportunisztikus szűrés azonban nem volt képes jelentős mértékben javítani a halálozási mutatókon. A szervezett, behívásos méhnyakszűrési program 10 évvel ezelőtt kezdődött Magyarországon. Ennek keretében a nemzetközi ajánlásokkal (Arbyn, Anttila és munkatársai 2008; IARC 1986; IARC,2005) összhangban, a 25-65 éves nőket az Országos Tisztifőorvosi Hivatal szervezésében három évente hívják szűrővizsgálatra (Kovács, Döbrössy és munkatársai 2007). A méhnyakszűrés részvételi mutatóit elemző magyarországi vizsgálat eredményei alapján a 2003 és 2005 közötti három évben, a szervezett szűrés első ciklusának idején a három éves lefedettség 3,7 %-al (48,9%-ról 52,6%-ra) emelkedett a szervezett szűrést megelőző referencia időszak (2000-2002) három éves lefedettségéhez képest. Az országos méhnyakszűrési program tehát csak néhány százalékkal volt képes emelni a célpopulációban az átszűrtséget (Boncz, Sebestyén 2007). Kommunikációs, marketing technikák (pl. jutalomsorsolás) kiterjedtebb használata, valamint lakosságbarát szervezés (pl. nőgyógyászok kiszállása a településre, védőnők bevonása a behívási rendszerbe) esetén a szervezett szűrésen való részvétel 4-5%-ról egyes esetekben 20%-ra volt emelhető. A céllakosság egy részét indokolatlan gyakorisággal szűrték, a céllakosság nagyobb része – az opportunisták szűrést igénybe nem vevők – sohasem részesültek szűrővizsgálatban. (Kovács és Boncz 2009). A rákszűrő programok akkor lehetnek hatáso-

sak, ha a célpopulációt minél szélesebb körben eléri, melyhez elengedhetetlen a hatékony kommunikáció is. A MicroOLEF 2007 adatai alapján a szűrésről távolmaradók nagy része az alacsony iskolázottságú, magát szegénynek valló rétegekből került ki, akik a nőgyógyászhoz csak akkor fordulnak, ha panaszai vannak. A távolmaradás okaként említették, hogy nem tartják fontosnak a szűrést, vagy nincs rá idejük (Bényi és munkatársai 2009).

Hazánkban az országos szervezett szűrési program 10 évvel ezelőtt elindult, azonban a lakossági részvételre az jellemző, hogy megszokásból még mindig az alkalmoszerű (opportunist) szűrési gyakorlatot követi, melynek a hátránya, hogy nem fedi le teljes mértékben a célcsoportot, éppen a magasabb kockázati csoportba tartozó, nőgyógyászhoz egyébként nem járó személyek maradnak ki a szűrésből. Ezáltal a szűrés részben diszkriminatív, hiszen az önjelölt nőket szükségtelen gyakorisággal részesíti előnyben, amelynek az egészség-gazdasági haszna is erősen megkérdőjelezhető.

A hatékonyság növelése érdekében olyan célzott stratégiák kidolgozására volt szükség, amelyek csökkentik a szolgáltatások elérésben meglévő egyenlőtlenségeket, és az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévők, illetve a roma népesség számára elérhetővé teszik azokat. Különösen azokat a nőket szükséges megcélozni és a szűrésen való részvételre rábírn, akik több mint három éve, vagy még sohasem részesültek méhnyakszűrő vizsgálatban.

A nemzetközi gyakorlat

Napjainkban a legtöbb európai országban létezik szervezett népegészségügyi szűrőprogram a méhnyakrák megelőzésére, ezek azonban különböznek a szervezeti jellemzők, a végrehajtás, valamint a hatékonyság tekintetében (von Karsa és munkatársai 2008; Holland és munkatársai 2006; Anttila és munkatársai 2004). Azokban az országokban, ahol a szervezett népegészségügyi szűréseket bevezették általában nőtt a lefedettség, a szűrésen való részvétel leggyakoribb akadályai között az alacsony társadalmi-gazdasági státusz és a kulturális akadályok szerepeltek (Garner 2003; Arbyn és munkatársai 1997). Az Európai Unió országaiban eltérés tapasztalható abban a tekintetben, hogy az egyes országokban melyik egészségügyi szakember végzi a citológiai kenetvételt. Nyugat-Európa több országában az alapellátás keretei között a házi orvosok (pl. Dánia, Hollandia), vagy egyéb, nem orvos végzettségű szakemberek, úgymint ápolók vagy szülésznők (pl. Finnország, Svédország, Egyesült Királyság) végzik a kenetvételt (Arby és munkatársai 2008). Magyarországon, a hagyományokból kifolyólag a nőgyógyászati szűrővizsgálat lényegében nőgyógyászati

szakorvosi vizsgálat, amelyet a nemzetközi gyakorlattól eltérően, a kolposzkópos vizsgálat teszi teljessé Döbrössy 2000).

A védőnői méhnyakszűrő program

Előzmények

A Nemzeti Rákellenes Program (2006. február, 3.2.1. fejezet) a sikeres külföldi példákat követve elérendő célként határozta meg az előképzett szakdolgozók, így a védőnők bevonását a méhnyak szűrésébe. Az Állami Számvevőszék 2008. májusában „Az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről” szóló jelentésében hangsúlyozza, a Népegészségügyi Program, 46/2003. (IV. 16.) számú OGY határozat célkitűzéseinek megvalósítását, a méhnyakszűrés rendszerének átalakítását a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően. Az Új Magyarország Fejlesztési Terv részeként a Társadalmi Megújulás Operatív Program 6. prioritása az egészségmegőrzés és az egészségügyi humán erőforrás fejlesztése. A program elsődleges célja a lakosság egészségi állapotának javításához való hozzájárulás, amelynek révén növekszik az egészségben eltöltött életevek száma. A méhnyakszűrés tekintetében a prioritáshoz meghatározott indikátor a 70%-os átszűrtség elérése 2015-ig.

A Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram a Kormány közéleti munkaprogramjáról szóló kormányhatározat VII. fejezet c) pontjához kapcsolódóan, az Egészségügyi Minisztérium kezdeményezésére és támogatásával, az Országos Tisztifőorvosi Hivatallal kötött együttműködési megállapodás keretében (EüM 16348/2008-0003EGP), az ÁNTSZ Regionális és Kistérségi Intézeteinek aktív közreműködésével első ízben 2009-ben került megszervezésre (Odor és Fehér 2010).

A Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram céljai

1. A védőnők bevonása a méhnyakrák elleni küzdelemben való aktívabb szerepvállalásra a népegészségügyi célú méhnyakszűrés szervezésében, végzésében (kenetvételek) és követésében.

2. A védőnők felkészítése a komplexebb megelőző ellátás végzésére:

a) A primer prevencióban:

- A népegészségügyi szűrések jelentőségének megfelelően tudjon egészségfejlesztő, edukációs tevékenységet végezni.
- Rendelkezzen korszerű ismeretekkel a méhnyakrák megbetegedés megelőzésében.

b) A szekunder prevencióban:

- Sajátítsa el a méhnyakszűrés (kenetvétel) technikáját, és azt biztonsággal végezze.
- Képes legyen értékelni a védőnői méhnyakszűrő tevékenységének eredményességét,

a további szakorvosi vizsgálatot igénylő esetekben a nők ösztönzése, lehetőség szerint nyomon követése.

3. A védőnői méhnyakszűrés megkezdése és végzése a védőnői körzetben az alapellátásban, mintaprogramként a 25-65 év közötti meghívott lakosság számára (Odor és Fehér 2010; Fehér 2012).

A védőnők bevonását indokoló tényezők

A védőnők Magyarországon közel egy évszázados hagyománnyal rendelkeznek a megelőző egészségügyi alapellátás területén. Elsősorban a megelőzésre képzett, felsőfokú egészségügyi képzéssel rendelkező szakemberek, akik közreműködnek a nő, anya, csecsemő, gyermek, ifjú és család egészségének védelmében, valamint a közegészségügyi, a járványügyi, egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok végzésében.

A területi védőnők ellátási területe a védőnői körzet. Feladatukat a körzetben lakókkal rendelkezőknél kötelesek ellátni. Önállóan végeznek vizsgálatokat, szűrővizsgálatokat a várandós anyák, a 0-18 éves gyermekek megelőző ellátásában a korai észlelés, jelzés és szükség esetén a mielőbbi kezelés megkezdése érdekében.

A védőnők alapfeladatuk keretében (49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet) jelenleg is ellátnak nővédelmi feladatokat az általuk gondozott 0-6 éves gyermekek családjai körében, illetve a körzetükben lakó és a nővédelmi ellátást igénylők esetében. Jellemzően a nők egészségvédelmében, egészségnevelésében, a családtervezésben, az anyaságra való felkészítésben és a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében vesznek részt, amely jó alapot szolgál egy új szolgáltatás bevezetéséhez és elfogadtatáshoz.

A tapasztalatok szerint az elhanyagolt, halálos kimenetelű méhnyakrákos esetek többsége a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetű, alacsonyabb iskolázottságú, szűrővizsgálatban korábban még nem részesült nők körében fordul elő. Különösen fontos e célpopuláció megnyerése a méhnyakszűrésben való rendszeres részvételre. Ehhez fontos növelni a méhnyakszűréshez való hozzáférhetőséget, különösen a falvakban élő lakosság számára. Szükséges a személyes megszólítás, bevonás és az együttműködésre ösztönzés. Ez a feladat az alapellátás keretében a területi védőnői tevékenységbe illeszthető, valósítható meg leginkább (Odor és Fehér 2010; Fehér 2012).

A védőnők bevonásának előnyei:

- A méhnyakrák elleni küzdelemben a primer és szekunder prevenció eredményesebben valósítható meg a lakóhelyen, ahol a védőnő személyesen is ismeri a körzetében élők egy jelentős részét, tájékozottabb az emberek életmódját, a szokásokat illetően. A családok otthonába is van betekintése a 0-6 éves gyermekek családlátogatása során. A helyi személyek, szervezetek (önkormányzat, szakmai és civil) jó együttműködésével a szemléletváltás gyorsabban megtörténhet, amely az egyéb helyi egészségvédelmi programokon is hangsúlyozható.
- Megvalósulhat a védőnői körzetekhez tartozó céllakosság nyilvántartása, a méhnyakszűrés esedékessége szempontjából.
- Javulhat a méhnyakszűréshez, azaz a kenetvételhez való hozzáférés, különösen a falvakban élő lakosság számára az alapellátásban, a lakóhelyhez közel - a már működő védőnői nővédelmi tanácsadás keretében.
- A citológiai vizsgálat eredményét a védőnő személyesen adja át, mely „rossz hír” közlése esetén ismeret és lelki támasz biztosításával mérsékelni tudja a negatív emóciókat, meg tudja erősíteni, hogy a mielőbbi szakorvosi vizsgálat, szükség esetén a kezelés teljes gyógyulást eredményezhet.
- Megvalósulhat a nem-negatív esetek (daganat gyanú, gyulladás) védőnői követése, nőgyógyász szakorvosi vizsgálaton, illetve szükség esetén egyéb szakorvosi ellátásban (sebész, onkológus, stb.) való mielőbbi részvétel ösztönzése.
- A védőnői tanácsadás keretében egyéb népegészségügyi szempontból fontos preventív ellátás is végezhető (vérnyomás, haskörfogat, testtömeg, testmagasság mérése, BMI számítása stb.).
- Szélesebb körű, eredményesebb megelőző ellátás biztosítható szükség esetén a megfelelő szakemberhez való irányítással (pl. az életmóddal, az egészségi állapottal, a szociális problémával kapcsolatban) (Odor és Fehér 2010).

Szervezett méhnyakszűrés (kenetvétel) a védőnő körzetében

A szűrendő nők postai úton megkapták az Országos Tisztifőorvosi Hivaltól a szűrésre jogosító meghívó levelet, ezzel egyidejűleg a védőnők is megkapták körzetük szűrendőinek listáját (VMMP Szakfelügyeleti Iránymutatás, 2009). A védőnők ezeket a nőket lehetőség szerint személyesen felkeresték. Tájékoztatták őket a szűrés fontosságáról, és a szűrés helyi lehetőségéről, akár már időpontot is egyeztettek a szűrésre. Tájékoztatták a szűrendő nőt arról is, hogy amennyiben nem a védőnőnél szeretné elvégeztetni a szűrést – abban az esetben a meghívó-

levéllel elmehet a rendelőintézet nőgyógyász szakorvosához. A szűrés a védőnői tanácsadóban történt, a nők, várandós anyák részére tartott védőnői tanácsadás keretében - az előírások szerint legalább heti egy alkalommal, minimum két órában kell tartaniuk -, de egyeztetett időpontban is fogadták a nőket. A kenetvétele előtt a védőnő tájékoztatta a nőt a szűrővizsgálatról, majd a szűrés módjáról, menetéről, az anamnézis felvételét követően pedig sor került a kenetvétele. A szűrés és az ehhez kapcsolódó tájékoztatás, anamnézis felvétel, dokumentáció, valamint a kenet kezelése kb. 20-30 percet vett igénybe. A fixált keneteket tárolták, majd postázták a citológiai laboratóriumba. A visszaérkező eredményről tájékoztatták a szűrt nőket, és megbeszélték a következő teendőket. Tevékenységüket dokumentálták, és adatszolgáltatást végeztek az Országos Tisztiorvosi Hivatal felé.

A VMP során a védőnő által végzett szervezett méhnyakszűrési tevékenység „komplex prevenció” feladat volt, mely magába foglalta a nő felkeresését, tájékoztatását, a szűrést, a szűréshez kapcsolódó tevékenységet, a lelet átadását, és a dokumentálást, adatszolgáltatást. Ez egy szürendő nőre fordítva összesen kb. két órát jelentett.

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok eredményei Magyarországon

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok (VMP) az elmúlt 5 évben (2009-2013) kerültek megszervezésre. A programok során önként jelentkező védőnők akkreditált továbbképzés keretében sajátították el a szűrés szervezéséhez és végzéséhez szükséges elméleti és gyakorlati ismereteket, majd szűrést végeztek körzetükben, a védőnői tanácsadóban névelmi tanácsadás keretében.

Eddig összesen 285 védőnő végezte el sikeresen a "Védőnők felkészítése a népegészségügyi célú kenetvételekre és követésére" című továbbképzést, közülük 74 fő Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében dolgozik területi védőnőként. A védőnő képzőhelyek közül egyedül, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Védőnői Módszertani és Népegészségtani Tanszéke a 2010/2011-es tanévtől kezdődően szabadon választható tantárgyként hirdette meg a védőnői méhnyakszűrés című tantárgyat, melyet eddig (2014/2015-ös tanév) összesen 53 fő védőnő szakirányos hallgató teljesített eredményesen.

A programokban tehát azon önként jelentkező területi védőnők vettek részt, akiknek a körzetéhez illeszkedett a feladat ellátása (alapfeladataik végzését nem akadályozta), sikeresen elvégezzék a felkészítő továbbképzést, továbbá a tanácsadójuk rendelkezett nőgyógyászati vizsgáló székekkel és informatikai eszközökkel. A szűréshez szükséges további eszközöket a program biztosította a számukra. A megyék közül a legmagasabb arányban a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei védőnők vettek részt, ezt követte Borsod-Abaúj-Zemplén és Nógrád megye. A legalacsonyabb volt a védőnők részvételi aránya Somogy (1 fő) és Hajdú-Bihar (2 fő) megyékben.

A programok pilot jellegűek voltak, ebből adódóan a szűrést nem folyamatosan, hanem az adott évek egy bizonyos időszakában végezték, földrajzi elhelyezkedés tekintetében pedig a résztvevő védőnők területi ellátásához tartozó településekre korlátozódtak (Fehér 2012) (1.sz. táblázat).

	VMP I. 2009	VMP II. 2010	VMP III. 2011	VMP IV. 2012	VMP V. 2013	Összesen:
A továbbképzést elvégzett védőnők száma (fő)	110	125	-	50	-	285
A méhnyakszűrést megkezdő védőnők száma (fő)	108	212	181	242	202	-
Az ellátott települések száma	168	349	300	242	360	-
program időtartama	3 hó	3 hó	3 hét	8 hó	8	-

1.számú táblázat: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok során a továbbképzést elvégzett és a méhnyakszűrést végző védőnők száma, az általuk ellátott települések száma, valamint a programok időtartama.

A 2013. december 31-ei adatok szerint az öt év alatt 164 628 meghívólevelet küldtek a védőnőnél is igénybe vehető szervezett méhnyakszűrésre. A meghívott nőket a védőnők lehetőség szerint személyesen felkeresték, beszéltek velük a szűréssel kapcsolatban. A programok ideje alatt a szűrendők közel 50 %-át érték el a védőnők, ami összesen közel 75 432 kapcsolatfelvételt jelentett. A Védőnői Méhnyakszűrő Programokban résztvevő védőnők a programok ideje alatt összesen 23 991 kenetvételt végeztek, ami az általuk elért meghívott nők 30%-át jelentette (2.sz. táblázat).

	VMP I. 2009	VMP II. 2010	VMP III. 2011	VMP IV. 2012	VMP V. 2013*	Összesen:
Szürendők létszáma (meghívólevelek száma - db)	30 717	45 899	25 258	35 729	27 025	164 628
A védőnők által „elért” szürendők száma (fő)	13 823	24 349	13 227	15 480	8553	75 432
A meghívottakhoz viszonyított részaránya (%)	45	54	52	43	31,6	45
A védőnői méhnyakszűrések szá- ma (db)	4764	6781	3771	4533	4033	23 991
Az elért szürendőkhöz viszonyított részaránya (%)	34,5	28	28,5	29,3	47,1	32

*Forrás: OSZRCOmm 2013.01.01.-2013.12.31.)

2. számú táblázat. A Védőnői Méhnyakszűrő Programok szűréssel kapcsolatos adatai.

A védőnők kenetvételének minőségét mind az öt évben a keneteket vizsgáló citológiai laboratórium értékelte. A keneteket hat szempont alapján, (fixálás, endocervikális sejtek jelenléte, vér jelenléte, sejtduzzás, lobsejtek jelenléte, kenet minősége) 0-4 pont között értékelték. Így a maximális pontszám 24 pont lehetett. Az első program idején, 2009-ben a védőnői kenetek minőségének összesített átlagértéke (beleértve a gyakorlati képzés során vett keneteket is) 21,2 pont lett, azaz 88 %-os volt. A laboratórium összehasonlításként a fenti szempontok szerint értékelte az ebben az időben a rendelőintézet szakorvosai, illetve a magánrendelések szakorvosai által vett kenetek minőségét is. A rendelőintézet szakorvosai által vett kenetek minősége 21,7 pont (90,4 %), a magánrendelések orvosai által vett kenetek minősége 22,66 pont (94,4 %) lett. A 2010. évi védőnői méhnyakszűrés keneteinek összminősége (beleértve a gyakorlati képzés során vett keneteket is) 21 pont (88 %) lett, 2011-ben pedig 21,4 pont (89 %) (3.sz. táblázat).

Kenetek minősége (összesített átlagérték)	VMP III. 2011
Védőnői (2011)	21,4
Rendelőintézeti szakorvosok (2009)	21,7
Magánrendelők szakorvosai (2009)	22,6

3.számú táblázat: A védőnői anyagvétel minősége a kontrollesoportokhoz viszonyítva (rendelőintézeti szakorvosokhoz, és a magánrendelők szakorvosaihoz).

A Citológiai Laboratórium 2011. évi értékelése szerint: „A védőnők által végzett szűrési módszer, az anyagvétel megfelel a szakma mai követelményének. A korábban felkészített védőnők anyagvételi paraméterei javultak. Az anyagvétel további javulása csak folyamatos napi gyakorlattal emelhető tovább” (Bodó 2011).

A védőnők a kiszűrt eseteket, a nem-negatív keneteredményt kapó nőket nőgyógyászhoz irányították. Nemcsak a daganatgyanús eredmény, hanem a gyulladással járó tüneteket mutató kenet eredménye esetén is. Eddig a programok ideje alatt 23 991 esetben történt kenetvétel ebből 1545 esetben nem-negatív eredmény született. A nem –negatív eredményt kapó nőket nőgyógyász szakorvoshoz irányították további vizsgálatok, kezelés céljából. Ebből 112 nőt daganatgyanús és 1433 nőt gyulladás miatt. (4. sz. táblázat)

A nem negatív lelet típusa	VMP I. 2009	VMP II. 2010	VMP III. 2011	VMP IV. 2012	VMP V. 2013	Összesen:
Daganat gyanú miatt nőgyógyász- hoz irányított ese- tek száma	23	30	19	20	20	112
Gyulladás miatt nőgyógyászati vizsgálat javasolt	417	436	130	254	196	1433
Összesen:	440	466	149	274	216	1545

Forrás: a keneteket értékelő laboratórium jelentése

4. számú táblázat: A leletek eredményei alapján nőgyógyász szakorvoshoz továbbított esetek száma.

A védőnői méhnyakszűrő programok eredményei Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében

Mint ahogyan korábban említettük, a megyék közül Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében jelentkezett a legtöbb védőnő programokra - a továbbképzésre és a szűrés végzésére egyaránt. Ennek a háttérben több tényező is szerepet játszott, egyrészt a megyében dolgozó védőnők a mintaprogramot megelőző időben is kiemelt figyelmet szenteltek a női lakosság szűrésre történő mozgósításában, másrészt a program szervezői egy "minta" megyét szerettek volna létrehozni, annak érdekében, hogy egy kisebb földrajzi területre - megyére - lokalizáltan tudják mérni a védőnő méhnyakszűrés hatékonyságát. Célszerű volt olyan megyét választani, ahol magas a hátrányos társadalmi-gazdasági státuszú lakosság aránya, továbbá a védőnők motiváltak a részvételre. Ennek megvalósítása érdekében a 2012-ben az akkreditált továbbképzést az Országos Tisztifőorvosi Hivatallal együttműködve a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Védőnői Módszertani és Népegészségügyi Tanszéke szervezte és valósította meg, melynek során 50 fő Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei védőnő képzésére került sor.

A megyében dolgozó védőnők tehát 2009-től vesznek részt a programban, és eddig összesen 74 fő végezte el a továbbképzést, ami az itt dolgozó területi védőnők 28,9%-át jelenti. A 74 védőnő által ellátott települések száma 79, ami a megye településeinek 35%-át fedi le.

A programok ideje alatt a megyében a védőnők közel 4000 szűrést végeztek, ami az országos védőnői méhnyakszűrések számának a 20%-át jelenti. A kiszűrt nem negatív esetek száma gyulladás miatt 241, daganatgyanú miatt 27 volt (5.sz. táblázat).

	VMP I. 2009	VMP II. 2010	VMP III. 2011	VMP IV. 2012	VMP V. 2013*	Össze- sen:
A védőnői kenetvételek száma	1651		427	1031	959	4068
Gyulladás miatt kiszűrt esetek száma	130		16	60	35	241
Daganatgyanú miatt kiszűrt esetek száma	8		2	7	10	27

Forrás: OSZR Comm 2013. december 31.

5. számú táblázat: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok szűréssel kapcsolatos adatai Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.

Összefoglalás

A védőnőknek sikerült olyan nőket bevonni a programba, akik három évnél régebben, vagy soha nem vettek részt a szűrésen, akiket pusztán a meghívólevél nem győzött volna meg a szűrés fontosságáról, és önmaguktól nem vettek volna részt a szűrésen.

A védőnők felhívták az érintett lakosság figyelmét a szűrés fontosságára, tájékoztatták a nőket arról, hogy mi a különbség a védőnő által biztosított méhnyakszűrési szolgáltatás és a nőgyógyászati rákszűrő vizsgálat között, elősegítették az információon alapuló döntéshozatalt a céllakosság körében. A védőnők azt is sikeres intervenciónak könyvelték el, ha a szűrendő nő úgy döntött, hogy a nőgyógyászati szakrendelésen veszi igénybe a szolgáltatást. Ebben az esetben segítettek tájékozódni a szakrendelés időpontjával kapcsolatban, és tájékoztatták a nőt a vizsgálat menetéről, a kenetvétel eredményességét kedvezően befolyásoló tényezőkről (pl. hogy a ciklus melyik szakaszában érdemes vizsgálatra mennie, vagy hogy ne végezzen hüvelyöblítést előtte, stb.). Tehát a védőnők a nőgyógyászati szakrendelésekre irányították azokat a nőket, akik a szakorvos által végzett szűrővizsgálatot kívánták igénybe venni, továbbá azokat is, akiknek a védőnői méhnyakszűrés során nem negatív citológiai eredménye született. Ezáltal belátható, hogy a védőnői méhnyakszűrés és szakorvos által végzett méhnyakszűrés között nincsenek praxis érdekellentétek.

A védőnői méhnyakszűrés fejlesztése, fenntartása

A védőnői méhnyakszűrés további folytatását és fenntartását biztosítja a jogszabályi háttér, hiszen a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet módosítása megtörtént, a védőnők kompetenciái kiegészültek a védőnői méhnyakszűrési feladatok ellátásával. Jelenleg „Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési, illetve vastagbéliszűrési programok) kiterjesztésének támogatása” című (TÁMOP – 6.1.3.A -13/1-2013-0001 kódszámú) Európai Uniós projekt biztosítja a lehetőséget az önként jelentkező védőnők számára, hogy térítésmentesen részt vehessenek a továbbképzésben, amely felkészíti őket a népegészségügyi célú kenetvételre és követésére. A továbbképzések megvalósításában részt vesznek a védőnőképző helyek is. A jövőben, a védőnőképzés mintatantervében a kötelező tantárgyak körébe kerül a védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos ismeretek, ezáltal a jövő védőnői már az alapképzésük során elsajátítják a szűréssel kapcsolatos ismereteket és készségeket.

A program sikeres fenntartásához szükséges, hogy a területi védőnők számára a méhnyakszűrés tárgyi minimum feltételei biztosítva legyenek, továbbá szükséges a komplex védőnői méhnyakszűrési tevékenység (tervezés, szervezés, kivitelezés, nyomon követés) finanszírozási feltételeinek a megteremtése.

Összességében a védőnői méhnyakszűrő programok tapasztalatai alapján elmondható, a védőnők részvétele a szervezett szűrési program megvalósításában hatékony eszköz lehet az eddig el nem ért csoportok bevonására, ezáltal az át-szűrtség növelésére, ami hosszú távon érdemi mortalitáscsökkenést eredményezhet a méhnyakrák tekintetében.

Felhasznált irodalom

1. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. § a) bekezdése.
2. Állami Számvevőszék Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről 2008.
<http://www.asz.hu/jelentes/0805/>
3. Anttila A, Ronco G, Clifford G, et al. (2004) Cervical cancer screening programs and policies in 18 European countries. *Br J Cancer* ; 91,935-941.
4. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al., editors.(2008) European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
5. Arbyn M, Quataert P, Van Hal G, Van Oyen H. (1997) Cervical cancer screening in the Flemish Region (Belgium): measurement of the attendance rate by telephone interview. *Eur J Cancer Prev.* 6:389-398.
6. Bényi Mária;Vámos Magdolna; Kéki Zsuzsanna; Rákos-Zichy Péter (2009) Méhnyak szűrővizsgálatok értékelése a MikroLEF 2007. alapján. In: Népegészségügy. - ISSN 0369-3805; 87. évf. 3. sz., p. 162-171.
7. Bodó Miklós (2011) Jelentés a Védőnői Méhnyakszűrő Program során a védőnői anyagvétel minőségével kapcsolatban; Sejt diagnosztika Kft. Budapest.
8. Boncz Imre, Sebestyén Andor, Döbrössy Lajos, Kovács Attila, Budai András, Székely T.(2007) A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon.(The coverage of cervical screening in Hungary) *Orv Hetil.* Nov 18;148(46):2177-82. Hungarian. PubMed PMID: 17988975.
9. Day NE (1986) The epidemiological basis for evaluating different screening policies. Pp. 199-212. In: *Screening for cancer of uterine cervix*, IARC. Sci.publ. No.76. Lyon.
10. Demográfiai Évkönyv 2012 Központi Statisztikai Hivatal, 2013.
11. Döbrössy Lajos (szerk.) (2000): Szervezett szűrés az onkológiában. Egészségügyi Minisztérium, Budapest.
12. Döbrössy Lajos (2007) A méhnyakrákszűrés öt évtizede Magyarországon. [Five decades of cervical cancer screening in Hungary.] *Nőgyógyászati Onkológia.*;12;5-9.

13. Fehér Erika (2012) A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve Védőnő XII. évfolyam 2012/2 p5-9.
14. Garner E. (2003) Cervical cancer: disparities in screening, treatment, and survival. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 12:242-247.
15. Holland WW, Stewart S, Masseria C.(2006) Policy Brief: Screening in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
16. International Agency for Research on Cancer. IARC/WHO handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening, vol. 10. Lyon: IARC Press; 2005. p. 1-302.
17. International Agency for Research on Cancer. Screening for cancer of the uterine cervix. From the IARC working group on cervical cancer screening and the UICC project group on the evaluation of screening programmes for cancer. *IARC Sci Publ*; 1986. p. 1-315.
18. Kovács Attila, Boncz Imre (2009) A szekunder prevenció onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon. (The state of the organized oncological screening in Hungary). *Népegészségügy*;87:265-275.
19. Kovacs Attila, Döbrössy Lajos, Budai András, Boncz Imre, Cornides Ágnes (2007). A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban.(The state of organized cervical screening program in Hungary in 2006.) *Orv Hetil.*148:535-540.
20. Lehoczky O. (1997). A hazai rákszűrés helyzete, lehetőségei, buktatói. *Magyar Nőorvosok Lapja*; 60:133-136.
21. Nemzeti Rákellenes Program (2006) Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Budapest.
22. Odor Andrea, Fehér Erika,(2010) Szakmai összefoglaló a Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram (VMPP) megvalósításáról (2008. november-2009. december) OTH, Budapest.
23. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. (1999). Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ.* 318(7188):904-8.
24. Sárváry Attila, (2013) A magyar nők daganatos betegsége miatti korai halálzásának jellemzői 1980 és 2011 között Nők az egészségügy életében, egészség a nők életében Tudományos Konferencia előadás Nyíregyháza, 2013. október 25.
25. Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás a népegészségügyi célú méhnyakszűrést végző területi védőnők feladatainak ellátásához, ÁNTSZ OTH Egészségügyi Igazgatósági Főosztály OTH 226-353/2009.
26. von Karsa L, Anttila A, Ronco G.(2008). Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. European Commission, Luxembourg.

Gyulai Anikó tanársegéd

Született Fehérgyarmaton, 1972. július 16.-án. A Debreceni Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolán 1994-ben védőnői, a Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Karán 2005-ben egészségtan tanári diplomát szerzett. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar oktatója 2002-től. PhD tanulmányait a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori iskolában folytatja, ahol abszolutóriumot szerzett 2011-ben. Kutatási területe: a méhnyakrák megelőzése, méhnyakszűrés hatékonyságának növelése.

Fehér Erika védőnő (országos védőnő – OTH)

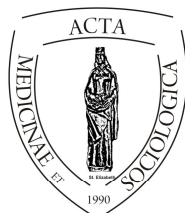
Született Budapesten, 1965-ben. A nagykátaai Damjanich János Gimnáziumban érettségizett. Okleveles védőnőként Budapesten az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnőképző Szakán végzett. Területi védőnőként dolgozott kis településen, majd városban is. Elkötelezett munkáját látva az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) városi intézetéhez hívták dolgozni. 2002-től az Országos Tisztifőorvosi Hivatalban, az országos védőnői szakfelügyeletben dolgozik. Egyik fő szakterülete a védőnői méhnyakszűrés – a védőnői méhnyakszűrés országos szakmai irányításában, koordinálásában közreműködik.

Balácsi Ildikó vezető védőnő

Született, Vásárosnaményban, 1963-ban. A nyíregyházi Kölcsey Ferenc Gimnáziumban érettségizett. Az OTKI Egészségügyi Főiskolai Karán szerzett védőnői diplomát, 1984-ben. Végzést követően területi védőnőként dolgozott Tiszaszálláson, majd Nyíregyházán. 1992-óta vezető védőnőként dolgozik, jelenleg a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv megyei vezető védőnője. Munkája során, aktívan vett részt a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében megvalósuló védőnői méhnyakszűrés bevezetésében és szervezésében.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

A burnout szindróma vizsgálata a nyíregyházi ápolók körében

Nagy Ildikó

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Abstract. Background: I would like to identify the factors associated with the signs and symptoms of burnout among nursing staff from an hospital and an elderly home. One of my goals to with my research call the attention the importance of the topic and with my research i would like to improve the quality of the care.

Data and methods: In my survey I used an anonym questionnaire which consists of eighty items which included the socio-demographic data , my own questions, the Ryff's scales of psychological well-being (1995) and the Maslach Burn-out Inventory Human Services (1981). I analysed with SPSS statistic programme. 130 nurses participated in this survey. These surveys were conducted in April-June in 2014. I collect the questionnaire in Nyíregyháza in a hospital and in an elderly home.

Results: The results of studies have shown that more than half of the respondents reached a high or medium levels of burnout. The workers whose working in a chronic care ward had the highest level of burnout My research also showed that the overtime, the death, and caring for the seriously ill cause the biggest stress for the nurses.

Conclusion: My research shows that it would be very important to the nurses get a mental health care and to use the opportunities of the burnout prevention This would be important because it improve the quality of care and the nurses physical and psychological well-being.

Keywords: nurse, burnout, well-being

Absztrakt. Célkitűzés: Nagyon fontosnak tartom, hogy minél nagyobb hangsúlyt fektessünk az ápoló személyzet kiégettségének vizsgálatára, hiszen az ápolók segítő személyek, ezért a lelki megterhelésük igen nagy. Egyik célom, hogy kutatásommal, illetve a téma fontosságára való felhívással az ápolás minőségét javítsam. Adatok és módszerek: Kutatásom során egy három részből álló kérdőívet osztottam ki. A kérdőív az alábbi részekből állt: Maslach Burnout Inventory (MBI), Ryff jóllét skálája, egyéb kérdések. A kérdőíveket a Szabolcs Szatmár Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház aktív és krónikus ellátású osztályain osztottam ki. A Nyíregyháza Városi Református Egyházközség Sóstói Szivárvány Idősek Otthonában is osztottam ki kérdőíveket. Eredmények: A vizsgálatok kimutatták, hogy a megkérdezettek több mint fele a kiégés valamelyik alskáláján magas illetve közepes kiégettségi szintet ért el. Az osztályok ellátási formáját tekintve a krónikus osztályon voltak a legnagyobb százalékban azok a dolgozók, akik a kiégettség valamely alskáláján magas kiégettségi szintet értek el. A kiégés testi tünetei közül a fáradtság jelenik meg a leggyakrabban a vizsgált ápolók körében. Kutatásomból az is kiderült, hogy a vizsgált ápolóknak a túlóra, a halál, és a súlyos betegekről való gondoskodás okozza a legnagyobb stresszt. Az osztályok ellátási formáját tekintve a krónikus osztályon a jóllét minden összetevője alacsonyabb értéket mutatott, mint a többi ellátású osztályon. Következtetések: Kutatásom rávilágít, hogy célszerű lenne az egészségügyi intézményekben az ápolók mentálhigiénés gondozása, illetve a kiégés prevenciók lehetőségeinek kihasználása. Erre szükség lenne mind az ápolás minőségének javítása, mind az ápolók lelki egészségének megőrzése érdekében is.

Kulcsszavak: ápoló, burnout, osztályok ellátási formája, jóllét

A kutatás indoklása és célja

Nagyon fontosnak tartom, hogy minél nagyobb hangsúlyt fektessünk az ápoló személyzet kiégettségének vizsgálatára, hiszen az ápolók segítő személyek, ezért a lelki megterhelésük igen nagy. Naponta kell megbirkózniuk a testi és érzelmi problémák megoldásával, mely a saját lelki egyensúlyukat is felboríthatja. A saját lelki egyensúlyuk felborulása pedig kihatással van a betegekre és az ápolás milyenségére. Ezért egyik célom, hogy kutatásommal, illetve a téma fontosságára való felhívással az ápolás minőségét javítsam.

Kutatásom másik célja, hogy megvizsgáljam melyek a leggyakoribb okai az ápolói kiégésnek, milyen tényezők játszanak szerepet a kiégésben, van - e összefüggés az iskolai végzettséggel, mindemellett érdekel a kiégés és a pályaelhagyás kapcsolata. Szeretném megvizsgálni mely testi panaszok jelennek meg leggyakrabban a kiégés kapcsán, valamint össze szeretném hasonlítani a kiégés arányát az aktív, krónikus osztályon dolgozó ápolók körében és az időotthonban

dolgozó ápolóknál is. Végül szeretném megvizsgálni a kiegészés és a pszichológiai jóllét kapcsolatát is.

Szakirodalmi áttekintés

A burnout kutatásának fejlődése

Az 1970-80-as években jelent meg a fogalom, ekkor két irányvonalból közelítették meg a jelenséget: a személyiség és a munkahelyi, társas környezet szempontjából. Az 1980-as években jelent meg a Maslach Burnout Inventory kérdőív, melyet Maslach és munkatársai fejlesztettek ki 1982-ben, és lehetővé tette a szélesebb körű adatfelvételt. A kérdőív világszerte elfogadott, elismert és ma is a leggyakrabban használt kérdőív a témában, tehát nagy előrelépést jelentett a kutatásokban. Ezekben a kutatásokban nagy hangsúlyt kapott a stressz, a siker és kudarc aránya, a tanult tehetetlenség, a munkahelyi körülmények és a társas kapcsolatok vizsgálata. Az 1990-es években a munkahely vizsgálatán kívül fontos volt a családi kapcsolatok vizsgálata. Napjainkban három fő tényezőt vizsgálnak: a munkahely körülményeit, a foglalkozás jellegét, valamint a szervezet specifikumait. A kutatások során nagy jelentőséget kapnak a gazdasági szempontok a munkahelyi hiányzások miatt. Megtörtént a különböző országok illetve földrészek összehasonlítása is (Tandary- Kovács 2010).

Magyarországon a 90-es évektől van jelen a fogalom, egyre több kutatási eredménnyel. A kutatások különböző szemszögből közelítik meg a problémát, Kulcsár Zsuzsanna az empátiás kapacitás kimerülését helyezte a középpontba, Oláh Attila a megküzdési stratégiákat vizsgálta a kiegészés kapcsán, Szicsek Margit a munkahelyi légkört helyezte a középpontba, míg Kovács Mariann az érzelmi kapcsolatokra helyezi a hangsúlyt (Bordás 2010).

A kiegészés okai

A beteg emberek ápolása egy feszültséggel telített munka, hiszen az emberek szenvedése, a három műszakos munka, a szerepek tisztázatlansága, a korlátozott előrelépési lehetőségek, az alulfizettség olyan faktorok, melyek pszichológiai problémákat okozhatnak. A túl sok stresszhatás pedig lelki és testi tüneteket okozhat, mely megnehezíti a jelen lévő stressz leküzdését. Az észlelt munkastressz pedig a burnout kockázatát növeli (Pálfi 2006).

Helembai Kornélia szerint a burnout szindróma kialakulásának prediszponáló tényezője az egyén foglalkozás választása, ha ez nem tudatosan történik, hanem ezzel saját hiányosságait szeretné kiegészíteni. Fontosnak tartja még az életről, halálról való felfogását: *„Ha valaki az ápolásban a munkája fokmérőjének az élet megmentését tekinti, valószínűleg nehezen birkózik meg az elmúlás, halál*

tényével”¹ (Helembai 2010:39). Az idősorúak ápolása, gondozása kevesebb sikerélményt nyújt, így ezt is a kiégés egyik kockázati tényezőjeként említi meg. Ilyenkor ugyanis irreális elvárásai vannak a beteggel szemben, a kis lépéseket, amelyeket elér, jelentéktelennek tartja, tehát az ápolói attitűdből fakad a probléma. Az emberi tulajdonság egyike az is, hogy fontos számára az elismerés, mely az ápolói munkában nem mindig teljesül, főleg a társadalom részéről. Az intézményi problémák is jelentősek a szindróma kialakulásában, hiszen a nem megfelelő tájékoztatás miatt megjelenhet a kiszolgáltatottság érzése. Ha pedig nem érzik fontosnak magukat az adott munkahelyen, a pályaelhagyás is megjelenhet (Helembai 2010).

A kiégés okaként megemlítsre kerül még a döntéshozatal problematikája is. Hiszen az egészségügyi szakembereknek naponta olyan döntéseket kell hozniuk, melynek súlyos következményei lehetnek és ez óriási külső - belső nyomásként jelenik meg náluk. Tudják, hogy a munkájukat legjobb tudásukhoz mérten kell végezniük, a lehető legkevesebb hibával (Csabai - Molnár 1999).

Nagy Edit leírja, hogy hazánkban a krónikus nővérhiány miatt az egészségügyben fokozottan megjelenik a kiégés, és minél több tényező áll fenn egyidejűleg, mely a kiégést segíti, annál nagyobb a veszélye, hogy létre is jön. Ilyen tényezőnek nevezi meg a munkarendet, a szerepfeszültséget, a váratlan eseményeket, a munkahelyi kudarcot, melyek gyorsíthatják a folyamatot (Nagy 2005).

Utolsó okként pedig az altruista kapacitás kimerülését említeném meg. Az altruizmus tulajdonképpen az empátia interperszonális kimenetele, és így az ápolás is egy altruista tevékenységnek tekinthető. Az altruizmus azonban nem lehet folytonos, kiégéshez vezethet, ha a kapacitása kimerül, viszont nem feltétlenül jelenik meg. Kulcsár szerint: *„Az emberi pszichés teljesítőképesség legmagasabb funkciójáról van szó, amelynek senki sincs állandó birtokában, megélé-sükre azonban minden embernek megvan az esélye. E kapacitás rendkívül sérülékeny, visszaélést nem tűr, könnyen kimerül. A segítő hivatás tehát, miközben az ember legkomplexebb késztetéseit és legjobb erőit mozgósítja, veszély forrása is. A genuin altruizmus kapacitásának kimerülése, e legjobb erővel való visszaélés a kiégés szindrómájához vezet.”*² (Kulcsár 2002:207)

¹ Helembai Kornélia (2010): Általános ápoláslélektan. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest.

² Kulcsár Zsuzsanna (2002): Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó Budapest.

A kiégés szakaszai és tünetcsoportjai

A kiégés nem egy pillanatnyi állapot, hanem egy ciklikus folyamat, melynek szakaszai Edelwich Brodsky és Georg E. Becker felosztása szerint a következők:

1. az idealizmus szakasza
2. a realizmus fázisa
3. a stagnálás vagy kiábrándulás fázisa
4. a frusztráció fázisa
5. az apátia fázisa

(Pálfi 2007).

Az idealizmus szakaszában a lelkeség, a munkatársakkal való kapcsolattartás, a túlazonosulás jellemző. A realizmus fázisában a részvétel és távolságtartás közötti egyensúly megteremtése a cél, míg a kiábrándulás fázisában csak a legszükségesebbre korlátozódik a kapcsolat és az érdeklődés is csökken. A frusztráció fázisában egyre jobban megjelenik a negatív beállítódás, a kliensek becsmérlése, a hivatás értelmének és tudásának kétségbe vonása. Az apátia fázisában a hangulat ellenséges lesz, a munkavégzés rutinszerűvé válik (Ónody 2001).

A kiégés tünetcsoportjai a következők: emocionális kimerülés (lehangoltság érzése, reménytelenség, ingerlékenység, harag), fizikális kimerültség (krónikus fáradtság, gyengeség, alvászavar, fejfájás, hányinger), mentális kimerültség (negatív hozzáállás), deperszonalizáció (elszemélytelenedés, társadalmi kapcsolatok beszűkülése), csökkent teljesítőképesség és teljesítménnyel való elégedetlenség (tehetetlenség, sikertelenség, túlterheltség miatt) (Helembai, 2010).

A kiégés első tünete az ellátás minőségének romlása lehet, melyet a munkával való elégedetlenség követ. Megjelennek a munkahelyi hiányzások, sőt ha a munkahelyén tartózkodik, akkor is inkább távol marad a betegektől. Következő lépésként állásváltogatás jöhet szóba, de ha ez sem segít a helyzeten, megjelennek a pszichoszomatikus betegségek, eközben a családi feszültség is nő. Kialakulhat depresszió, alvászavar, majd a problémák oldására súlyos esetben alkohol és drogfogyasztás is előfordulhat. (Csabai - Molnár:1999)

Egy másik felosztás szerint a kiégés egy 12 lépcsőből álló ciklikus folyamat. A folyamat stádiumai összemosódnak, a szakaszok a személyiségtől függően különböző intenzitásúak.

1. szakasz: Bizonyításkényszer: az adottságok képességek bizonyítása. Ha viszont ez kényszeres lesz, veszélyeztetheti a lelki egészséget.
2. szakasz: Fokozott erőfeszítés: állandó túlterheltség van jelen, a feladatokat nem képesek másnak átadni. A teljesítmény folyamatosan nő, emiatt krónikus fáradtság jelenik meg, mely viszont az eredményességet csökkenti.

3. szakasz: Saját igények elhanyagolása: a fókuszba a munka kerül, a személyes életre kevesebb idő jut. Azok az események, amelyekből a személy feltöltődött, pozitív élményeket jelentett számára, egyre jobban eltűnnek az életéből.

4. szakasz: Az igények, konfliktusok elhanyagolása: próbálják elrejteni a környezetük elől a fáradtságot, a problémákat. Ebben a szakaszban még tudják, hogy jobban oda kellene figyelniük saját magukra.

5. szakasz: Az értékrend átalakulása: egyre inkább egyedül maradnak, mert a barátait, családjukat már csak teherként érzik életükben. Nem tudnak különbséget tenni, hogy mi fontos és kevésbé fontos életükben.

6. szakasz: A problémák eltagadása: a gondolkodásuk és érdeklődésük beszűkül, csupán a feladataikra koncentrálnak. A kapcsolat a külvilággal fokozatosan megszűnik.

7. szakasz: Visszahúzódás: elmagányosodástól való félelem jelenik meg, egyre kevesebbet kerülnek kapcsolatba másokkal.

8. szakasz: Magatartásváltozás: kritikaként él meg minden véleményt, szélsőségek jellemzik ezt az időszakot (pl. falánkság vagy fogyókúra).

9. szakasz: Deperszonalizációs jelenségek: a belső világgal megszűnik a kapcsolat, idegenként tekint magára.

10. szakasz: Belső üresség érzése: a belső ürességet szeretné eltörölni, megpróbálja feltölteni magát, általában káros szenvedélyek segítségével (drog, futó kalandok).

11. szakasz: Depresszió: kimerültség jelenik meg, a legkisebb dolgot is hatalmas teherként élik meg. A fáradtság pihenés ellenére sem szűnik, életét örömtelennek tartja. Fennáll az öngyilkosság veszélye is.

12. szakasz: Teljes kiégettség, kimerültség: pszichoszomatikus betegségek alakulhatnak ki, illetve a pszichés és szomatikus tünetek olyan súlyosan léphetnek fel, hogy az életet veszélyeztető állapot is kialakulhat (Hézser 1996).

A burnout tünetegyüttes kialakulásában nagy szerepet játszik a depresszív személyiségstruktúra, a pozitív visszacsatolás hiánya és az emocionális túlterheltség (Nagy 2007).

A kiegészítő következményei

Hárdi István az egyik legnagyobb problémának tartja a munka elrutinosodását, az ápolás mechanikus végzését. Ekkor bár minden feladat végrehajtódik, a beteg kimarad az ápolásból. Nem a beteg lesz a középpontban, hanem az ápolás, mint tevékenység. Az ápolás elszemélytelenedése pedig veszélyezteti a beteg - nővér

kapcsolatot, a feszültségek ennek hatására halmozódni fognak. A kommunikáció hivatalos, érzelmektől mentes lesz, ezért az érzelmek verbális levezetődésének, az érzelmek hiánya – alexithymia - a pszichoszomatikus betegségek kialakulását segítik elő. Emellett a nővérek hűvössége a gondozottakra is hatással vannak. A betegek ugyanis elesettségükben elvárják a törődést, a szeretetet (Hárdi 1998).

Az emocionális kimerültség voltaképpen az empátiás kapacitás kimerülése, melynek következménye a deperszonalizáció. Az empátia kimerülése az érett személyiség funkciók csökkenésével is együtt jár, tehát csökkeni fog a problémamegoldó képesség, a kreativitás, melyek nagyon fontos tényezői az ápolásnak (Kulcsár 2002).

Kutatási módszerek

A kutatás során alkalmazott kérdőívek

Kutatásom során egy három részből álló kérdőívet osztottam ki, melynek kitöltése anonim és önkéntes volt. A kérdőív kitöltése kb. 10 percet vett igénybe. A kérdőív az alábbi három részből állt:

a) Maslach Burnout Inventory (MBI)

A kiégés mértékének a felmérésére a Maslach Burnout Inventory standard kérdőívet használtam. A kérdőív 3 elemből épül fel, vizsgálja az érzelmi kimerülést, a deperszonalizációt és az egyéni teljesítőképességet. A kérdőívben összesen 22 állítás található, melyet a gyakoriság és az intenzitás szempontjából is értékelnek a kérdőív kitöltői. A gyakoriságot egy hat fokozatú skálán, míg az intenzitást egy hét fokozatú Likert-skálán értékelik a válaszadók. A legritkább (soha) és leggyengébb (egyáltalán nem) választ nullával jelölik, a leggyakoribb (minden nap) választ hattal, a legintenzívebbet (igen erős) héttel jelölik.

b) Ryff jóllét skálája

Kutatásom második része Ryff jóllét skáláját tartalmazza, melyben 18 állítást kell értékelni a válaszadóknak egy hat fokozatú Likert- skálán. A kérdőív a jóllét hat faktorát - autonómia, környezet uralása, személyes fejlődés, másokkal való jó kapcsolat, életcél, önfelgadoás - tartalmazza és minden faktorhoz három kérdés tartozik.

c) Egyénileg szerkesztett kérdőív

Kutatásom harmadik részében egy saját szerkesztésű kérdőívet állítottam össze, melyben demográfiai kérdéseket (nem, kor, iskolai végzettség) és a kiégés kutatására irányuló kérdéseket fogalmaztam meg.

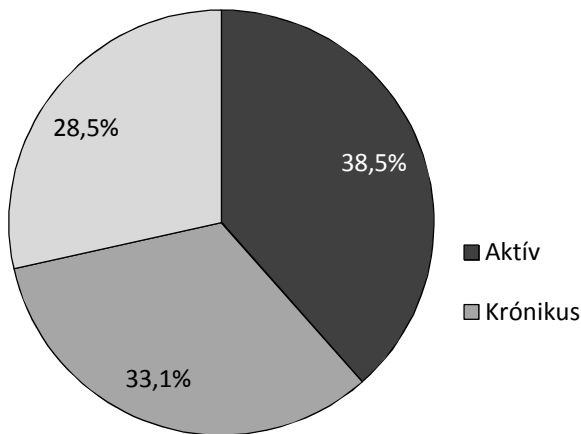
Mintaválasztás, elemzési módszerek

A kérdőíveket a Szabolcs Szatmár Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház aktív és krónikus ellátású osztályain osztottam ki. A Nyíregyháza Városi Református Egyházközség Sóstói Szivárvány Idősek Otthonában is osztottam ki kérdőíveket, ezeket külön csoportban elemeztem, nem tekintettem sem krónikus, sem aktív osztálynak. Összesen 250 db kérdőívet hagytam az osztályokon és az Idősotthonban 2014. április 18 és 2014. június 30. között, melyből 160 db kitöltött kérdőívet kaptam vissza. Ezekből 130 db kérdőív volt értékelhető. Az aktív osztályon 50 fő a krónikus osztályon 43 fő és az idősotthonban 37 fő töltötte ki értékelhetően a kérdőívet.

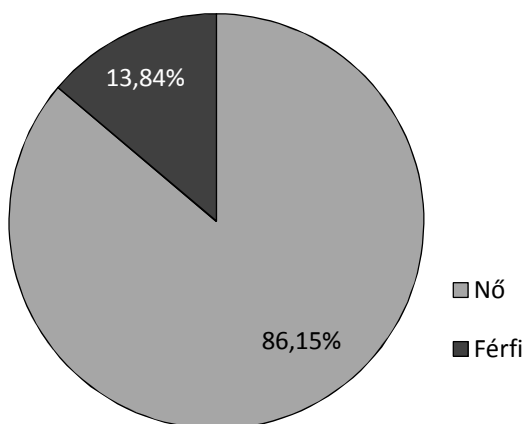
Kutatásomba az intézményekben ápolóként dolgozó személyeket vontam be. Statisztikai elemzésem módja: leíró statisztika. Az elemzéshez az alábbi statisztikai módszereket alkalmaztam: átlag, gyakoriság, korrelációs vizsgálatok, varianciaanalízis.

Eredmények és megbeszélés

Eredményeimet a 130 db visszakapott értékelhető kérdőívből készítettem el, melyből 50 db (38,5%) aktív osztályon, 43 db (33,1%) krónikus osztályon, 37 db (28,5%) idősotthonban került kitöltésre. A teljes minta osztálytípusonkénti százalékos alakulását a lenti kördiagramon ábrázolom. A minta 86%-a nő, a 14%-a férfi.



1. ábra: Osztálytípusok százalékos alakulása.



2.ábra: Nemek aránya.

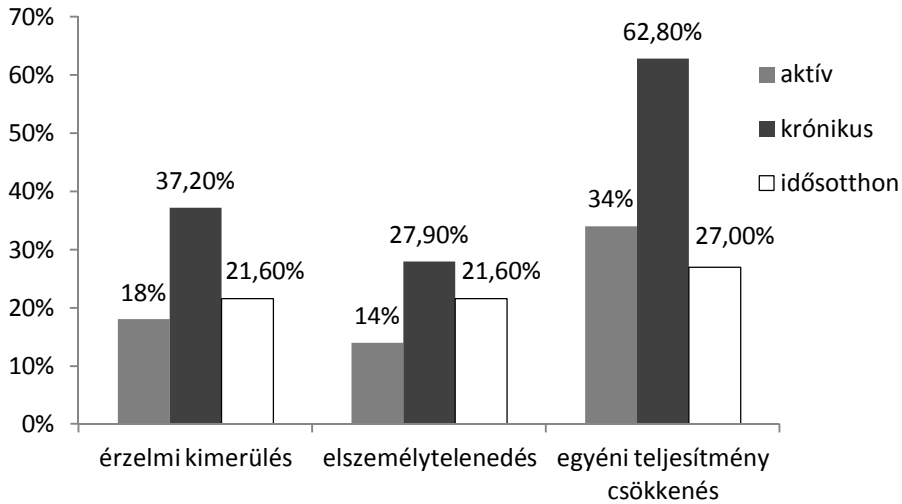
A kiégés mértéke az egész mintát vizsgálva

Az MBI elemzését az egész mintára elvégeztem. A kiégés három összetevőjénél kapott pontok átlagai alapján egyértelműen elmondható, hogy a minta egésze a közepesen kiégett kategóriába tartozik.

A magasan kiégett kategóriába a minta 20%-a tartozott az érzelmi kimerülés és elszemélytelenedést vizsgálva, 40%-a az egyéni teljesítménycsökkenést vizsgálva.

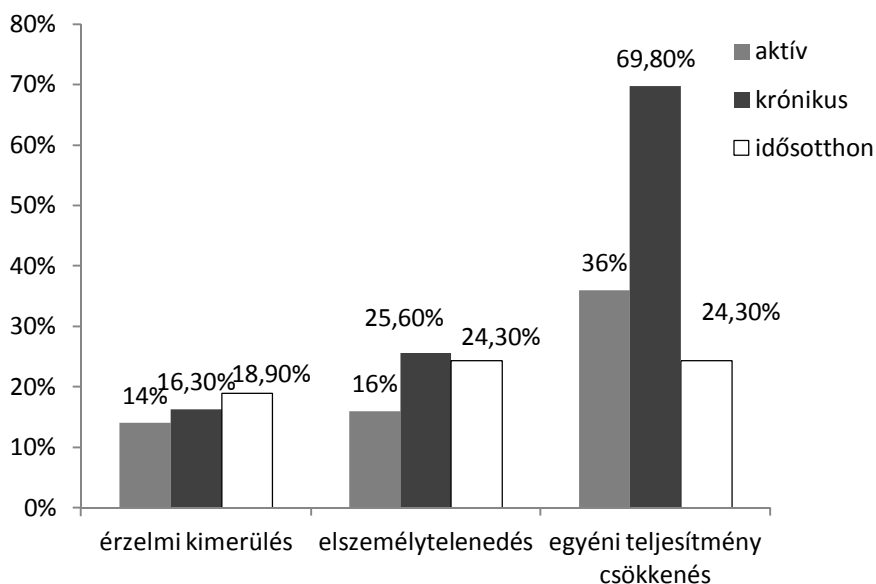
A kiégés foka osztálytípusok szerint

A 3. ábrán a kiégés magas fokát mutató személyek százalékos megoszlása látható az osztályok ellátási formája szerint, a gyakoriságot vizsgálva. Az érzelmi kimerülés szempontjából az osztálytípusok közül a krónikus osztályon dolgozó ápolók közül mutatják legtöbben a kiégés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 37,2%-a esik a magas kiégettségű kategóriába, míg az idősotthonban 21,6%, az aktív osztályon 18%-uk. Az elszemélytelenedést tekintve az osztálytípusok esetében a krónikus osztályon dolgozó ápolók közül mutatják legtöbben a kiégés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 27,9%-a esik a magas kiégettségű kategóriába, míg az idősotthonban 21,6% és az aktív osztályon 14%-uk. Az egyéni teljesítménycsökkenést vizsgálva osztálytípusok közül a krónikus osztályon dolgozó ápolók közül mutatják legtöbben a kiégés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 62,8%-a esik a magas kiégettségű kategóriába, míg az aktív osztályon 34% és az idősotthonban 27% -uk.



3.ábra: A kiégés magas fokát mutató személyek százalékos megoszlása az osztályok ellátási formája szerint, a gyakoriságot figyelembe véve.

A 4. ábrán a kiégés magas fokát mutató személyek százalékos megoszlása látható az osztályok ellátási formája szerint, az intenzitást vizsgálva. Az érzelmi kimerülés szempontjából az idősotthonban dolgozó ápolók mutatják legtöbben a kiégés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 18,9%-a esik a magas kiégettségű kategóriába, a krónikus osztályon 16,3% és az aktív osztályon 14%-uk. Az elszemélytelenedést tekintve a krónikus osztályon dolgozó ápolók mutatják legtöbben a kiégés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 25,6%-a esik a magas kiégettségű kategóriába, míg az idősotthonban 24,3% és az aktív osztályon 16%-uk. Az egyéni teljesítmény-csökkenést vizsgálva a krónikus osztályon dolgozó ápolók mutatják legtöbben a kiégés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 69,8%-a esik a magas kiégettségű kategóriába, míg az aktív osztályon 36% és az idősotthonban 24,3% -uk.



4.ábra: A kiégés magas fokát mutató személyek százalékos megoszlása az osztályok ellátási formája szerint, az intenzitást figyelembe véve.

Az osztályok összehasonlításánál az átlagot vizsgálva a gyakoriság és az intenzitás szempontjából is, a kiégés mindhárom összetevője nagyobb értéket mutatott a krónikus osztályon, mint az aktív osztályon és az idősotthonban. A kiégés magas fokát mutató személyek legnagyobb arányban a krónikus osztályon vannak a gyakoriság tekintetében a kiégés mindhárom alskáláját vizsgálva. Az intenzitást vizsgálva az érzelmi kimerülést és egyéni teljesítménycsökkenést tekintve, a krónikus osztályon vannak a legnagyobb arányban azok, akik a kiégés magas fokát mutatják, míg az elszemélytelenedést tekintve az aktív osztályon vannak a legnagyobb arányban azok, akik a kiégés magas fokát mutatják. Az egyéni teljesítménycsökkenést vizsgálva az osztályok között szignifikáns eltérés igazolható. Pálfi felmérésében, melyet Pécsen 805 fővel végzett el 2007-ben, megállapította, hogy a krónikus osztályon dolgozó ápolók között magasabb a kiégettség aránya (2,9%), mint aktív osztályon dolgozó ápolók között (0,6%) (Pálfi 2007).

Szicsek Margit 88 fő ápoló kiégettségét vizsgálta. Ebből 64 fő szociális otthonban, 24 fő hospice otthonban dolgozott. A kiégettségi mutatókat tekintve a szociális otthonokban alacsonyabb értéket kaptak, mint a krónikus ellátású kórházi osztályokon. (Szicsek 2004)

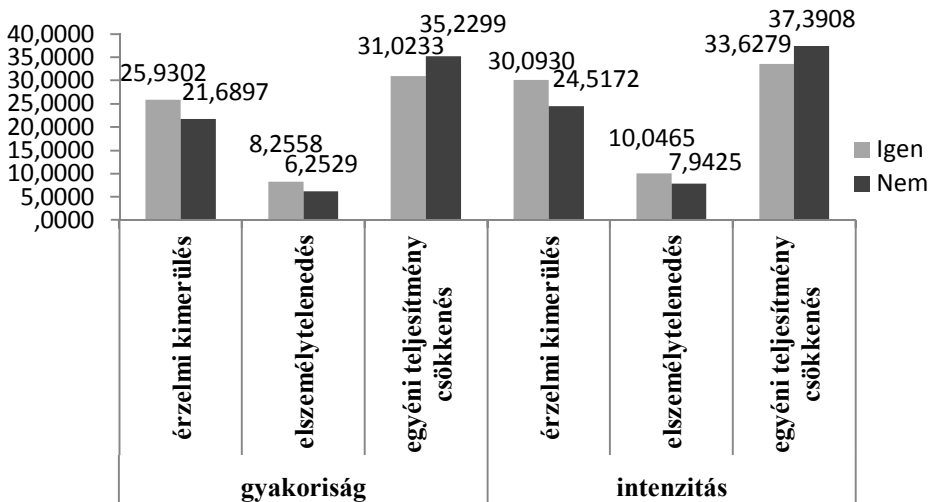
Úgy gondolom, hogy nagy szerepet játszik a súlyos, gyakran gyógyíthatatlan betegek ápolása, a kevesebb sikerélmény szerzése abban, hogy a krónikus osztá-

lyon dolgozó ápolók körében magasabb kiegészi mutatókat kaptam. Mindezek mellett úgy vélem, hogy a krónikus osztályon dolgozó ápolóknak még nagyobb empátiát kell tanúsítaniuk a betegek felé, mely egy idő után kimerítő lehet.

A pályaelhagyás és a burnout- szindróma

A válaszadók 33%-a gondolt már rá, hogy pályát változtat. Az osztályok ellátási formája szerint a krónikus osztályon volt a leggyakoribb a pályaelhagyás gondolata, ugyanis majdnem a megkérdezettek fele (46%) gondolt már a pályaelhagyásra, ami az aktív osztályhoz (28%) és az idősotthonhoz (24%) képest közel a kétszerese.

Az 5. ábrán jól látszik, hogy az ápolók azon csoportja, akiknél a pályaelhagyás gondolata megjelent, magasabb kiégettségi szinttel rendelkezik. Magasabb átlagpontszámot ért el a csoport az érzelmi kimerülés és az elszemélytelenedés tekintetében, és alacsonyabbat az egyéni teljesítménycsökkenésnél, mint azok, akik a pályaelhagyás gondolatával még nem foglalkoztak. Ahogy korábban már megfogalmaztam, a magas pontszám az érzelmi kimerülés és az elszemélytelenedés tekintetében, és az alacsony pontszám az egyéni teljesítménycsökkenésnél kiegészre utal. Egy kétmintás T- próbát is végeztem, hogy megbizonyosodjak eredményeim valóságáról. Az eljárás kimutatta, hogy van szignifikáns különbség a pályaelhagyás gondolatával foglalkozó és nem foglalkozó ápolók csoportja között az érzelmi kimerülés és az egyéni teljesítménycsökkenés tekintetében is.

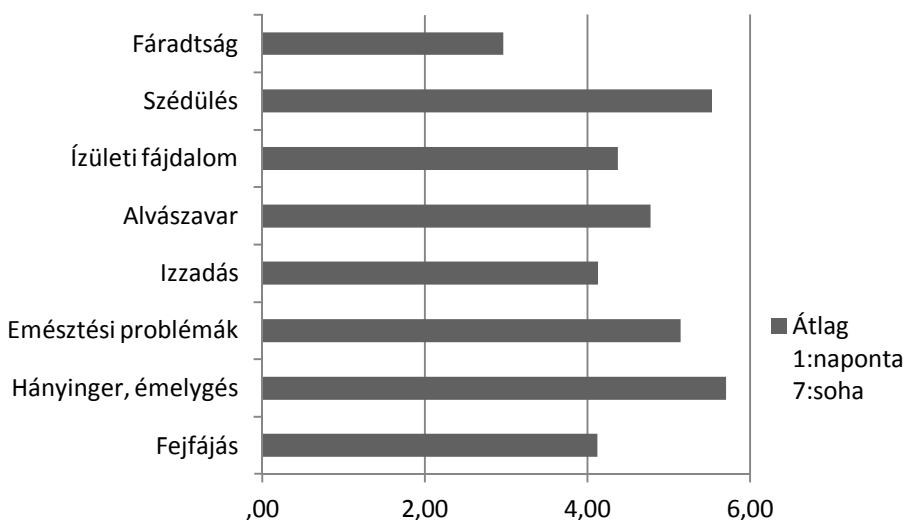


5.ábra: A pályaelhagyás gondolata és a kiégettség egyes összetevőinek alakulása a gyakoriság és az intenzitás alapján.

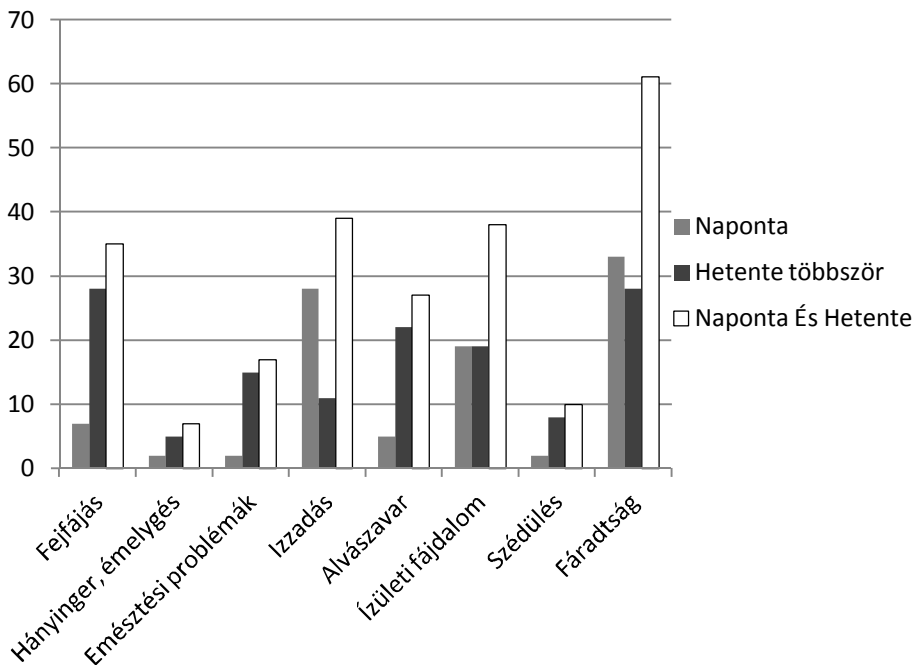
A kiégés leggyakrabban megjelenő testi tünetei

A 6. ábrán a kiégés leggyakoribb testi tüneteit mutatom be, a válaszadók besorolása szerint. A válaszadók eggyel jelölték azt a panaszt amit naponta tapasztalnak, héttel amit soha. Az ábrán jól látszik, hogy a fáradtságot jelölték a leggyakoribb fizikai tünetnek (átlag: 2,96). A második leggyakoribb tünetnek az izzadást (átlag: 4,12) és fejfájást (átlag: 4,12) jelölték a válaszadók.

Megvizsgáltam azt is, hogy melyik tünetet jelölték a legtöbben naponta és hetente többször, ezt a 7. ábrán ábrázolom. A fáradtságot napi tünetnél a legtöbben jelölték meg (33 fő). A hetente többször megjelenő tünetek közül is legtöbben jelölték meg a fáradtságot, illetve a fejfájást (28 fő). Naponta és hetente többször megjelenő tünetként kimagaslóan a fáradtságot jelölték meg a legtöbben (61 fő), ezután az izzadást (39fő) és az ízületi fájdalmat (38 fő) jelölték meg második és harmadik leggyakoribb tünetként.



6.ábra: A kiégés fizikai tünetei átlag szerint.



7.ábra: A kiegész fizikai tünetei gyakoriság szerint.

A fenti elemzésből egyértelműen kiderül, hogy a válaszadók a fáradtságot érzik a leggyakrabban. Ennek oka véleményem szerint a személyzet hiánya, a túlterheltség és a három műszakos munkarend lehet. A három műszak megterhelő a szervezet számára a normál alvás ébrenlét felborul, emiatt alvászavar jelentkezhet. A nappali alvás nem olyan pihentető, mint az éjszakai. A fáradtság a munkahelyi motivációt is befolyásolja, a lelkesedés csökken, az aktivitás romlik, koncentrációzavar jelentkezhet a teljesítmény és a hangulat is romlik. Ezek pedig nagyon fontosak az ápolói munkában. Az alváshiányhoz ráadásul szorongás és ingerlékenység is társul. Az állóképesség növelésével a fáradtság csökkenthető, könnyebben leküzdhető a napi fizikai megterhelés.

A legnagyobb stresszt kiváltó tényezők

Eredményeim bemutatását a felmért ápolók válaszáinak alapján az egyes stresszkeltő tényezők átlagának ismertetésével kezdeném. Ezeket az eredményeket az 1. táblázatban mutatom be. Az idősotthonban a legnagyobb stresszt az anyagi megbecsültség hiánya, a súlyos betegekről való gondoskodás és a sikertelenség érzése okozza. A krónikus ellátású osztályon a legnagyobb stresszkeltő tényező a halál és a munkahelyi légkör. Az aktív ellátású osztá-

lyon a legnagyobb stresszt a túlóra, a halál és a megbecsülés alacsony foka okozza. A stresszkeltő tényezők nem egységesek osztálytípusonként. Az egész mintára nézve a legnagyobb stresszkeltő tényezőnek az átlagot tekintve a túlórát és a halált jelölték meg a válaszadók.

	Aktív	Krónikus	Idősotthon	Átlag összes
anyagi megbecsültség hiánya	5,18	4,74	6,36	5,35
súlyos betegről való gondoskodás	5,13	5,67	5,91	5,54
a halál	6,02	5,93	5,79	5,93
munkahelyi körülmények	5,64	5,49	5,58	5,57
megfeszített munkatempó	4,98	5,00	4,94	4,98
túlóra	6,47	5,74	5,48	5,94
sikertelenség érzése	5,73	5,74	6,27	5,88
rutincselekvések	5,84	5,33	5,58	5,59
munkahelyi légkör	5,78	6,14	5,18	5,74
megbecsülés alacsony foka	6,02	3,91	5,15	5,03

1. táblázat: A stresszt okozó tényezők átlaga az osztályok ellátási formája szerint.

Az alábbi ábrán azoknak a válaszadóknak a számát mutatom be, akik a felsorolt stressz kiváltó tényezőkre magas (7, 8, 9) pontszámot adtak. A táblázatban jól látszik, hogy a válaszadók közül legtöbben a túlórát jellemezték úgy, mint legnagyobb (10 pont) stresszt kiváltó tényezőt. Ezután az anyagi megbecsültség hiánya és a halál okozta a legtöbbször a legnagyobb stresszt. Úgy gondolom fontosabb, hogy a magas pontszámot adó válaszadók összegét megvizsgáljuk az egyes tényezőknél, hiszen így a valóban magas stresszt okozó tényezőket kapjuk meg. Így a válaszadók legtöbben a túlórát jelölték meg, mint a legnagyobb stresszkiváltó tényezőt, ezután következett a halál és a súlyos betegről való gondoskodás.

	8pont	9pont	10pont	Összesen
anyagi megbecsültség hiánya	4	15	21	40
súlyos betegről való gondoskodás	14	14	15	43
a halál	12	16	18	46
munkahelyi körülmények	11	14	4	29
megfeszített munkatempó	14	8	10	32
túlóra	13	10	25	48
sikertelenség érzése	18	11	9	38
rutincselekvések	12	11	8	31
munkahelyi légkör	9	12	13	34
megbecsülés alacsony foka	11	9	13	33

2.táblázat: A válaszadók száma az egyes stresszkeltő tényezőknél.

Kimagasló különbség nem volt az egyes tényezők között a vizsgálat során. Eredményeim a túlórát, a halált és a súlyos betegekről való gondoskodást mutatták meg, mint a legnagyobb stresszkeltő tényezőt. Az eredmény, főleg az, hogy a túlóra áll az első helyen, meglepő volt számomra. Az okokat tekintve, hogy mi lehet ennek a hátterében, arra a következtetésre jutottam, hogy azért érezhetik az ápolók a túlórát ekkora problémának, mert így még kevesebb idő jut a családra, a magánéletre, a szórakozásra, pihenésre stb. Ezek pedig nagyon fontos tényezők ahhoz, hogy az ápolók lelkileg pozitívan feltöltődjenek, a munkahelyi nehézségeket könnyebben leküzdjék.

Hogyan alakul a pszichológiai jóllét az osztályok ellátási formája szerint és milyen kapcsolatban van a kiégéssel?

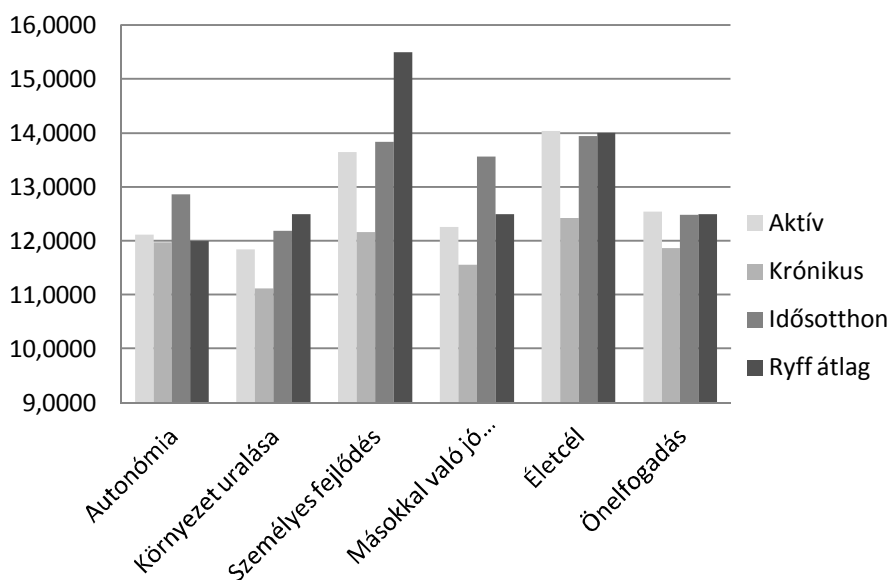
Fontosnak tartom, hogy a pszichológiai jóllétet is megvizsgáljam a kiégéssel kapcsolatban, ugyanis úgy gondolom, van összefüggés a kettő között. A deperszonalizáció megnehezíti a pozitív kapcsolat kialakítását másokkal, az egyéni teljesítménycsökkenés az életcél és a személyes fejlődés akadályozója lehet. A kiégés azon szakaszában, ahol a depresszió is megjelenik, az önfogadás alacsonyabb lehet.

Az alábbi ábrán a vizsgálatomban felmért ápolók pszichológiai jóllétét mutatom be a különböző ellátású osztályok között. A jóllét összetevőinek eredményét (autonómia, környezet uralása, személyes fejlődés, másokkal való jó kapcsolat, életcél, önfogadás) összehasonlítom Ryff eredményeivel, melyet 321 különböző

életkorú személy között mért fel 1989-ben. A krónikus ellátású osztályon a jóllét minden összetevője alacsonyabb értéket mutatott, mint az aktív ellátású osztályon, illetve az idősoththonban. Ryff eredményeihez képest is alacsonyabb értéket mutatott a pszichológiai jóllét minden összetevője a krónikus ellátású osztályon. A varianciaanalízis szignifikáns különbséget mutatott az osztályok között a személyes fejlődés, másokkal való jó kapcsolat és az életcél tekintetében.

A krónikus ellátású osztályokon a kevesebb sikerélmény, a súlyos betegek ápolása, egy idő után érzelmi kiüresedést okozhat, a deperszonalizáció miatt a másokkal való jó kapcsolat csökken, az empátiás képességgel együtt. A sikerélmény csökkenésével, illetve a tehetetlenség érzése miatt a jelentéktelenség érzése nőhet, mely az életcélok az elképzelések csökkenéséhez vezethet.

A személyes fejlődés a vizsgálatomban mindhárom ellátási formájú osztálynál jóval alacsonyabb értéket mutat Ryff eredményeihez képest. A személyes fejlődésben elért alacsony pontszám utalhat arra, hogy a felmért ápolók kevésbé nyitottak a fejlődésre, nem érzik úgy, hogy szakmailag előrébb juthatnak. Tapasztalataim szerint a megkérdezett ápolóknak kevés lehetőségük van a fejlődésre, a ranglétrán való feljebb lépésre, amely miatt egy idő után csökkenhet a nyitottságuk az új ismeretek megszerzésére, úgymond befásulnak.



8. ábra: A pszichológiai jóllét alakulása a különböző ellátású osztályokon.

A kiégés összetevői és pszichológiai jóllét komponensei közötti korrelációs vizsgálatot végeztem. Egyik alszállalán belül sem volt kimutatható kapcsolat a kiégés és a jóllét között.

Következtetések és javaslatok

A krónikus osztályokon magasabb a kiégés aránya, mint más osztályokon. Ennek csökkentése érdekében egy lehetséges megoldási módként látom azt, hogy az egészségügyi dolgozók bizonyos időközönként az osztálytípusok között cserélődjenek, krónikus ellátású osztályról kerüljenek aktív ellátású osztályra, hogy a sikertelenség érzése csökkenjen bennük.

A kiégés szindróma prevenciójában és kezelésében fontos momentum, hogy időben fel kell ismerni a problémát, a kimerülés tüneteit, reális célokat tűzzünk ki, segítsük a pozitív gondolkodást, biztosítsunk relaxációs lehetőségeket, illetve komoly probléma esetén pszichoterapeuta bevonása is szükséges lehet. A munkahelyeknek a túlterhelés csökkentésére is kellene próbálkozásokat tenni, kommunikációs tréningeket, továbbképzési lehetőségeket kellene biztosítani, illetve fontos, hogy az ápolókban erősítsék a fontosság, hasznosság érzését. (Nagy, 2007)

Kutatásom rávilágít, hogy célszerű lenne az egészségügyi intézményekben az ápolók mentálhigiénés gondozása, illetve a kiégés prevenciós lehetőségeinek kihasználása. Erre szükség lenne mind az ápolás minőségének javítása, mind az ápolók lelki egészségének megőrzése érdekében is. Bár tudom, hogy a burnout-szindróma az egészségügyben egy mindenki által ismert fogalom, remélem kutatásommal segítettem felhívni arra a figyelmet, hogy a kiégés egy valóban jelen lévő probléma és nagyobb mértékű annál, mint amekkora hangsúlyt fektetnek rá az egészségügyi intézményekben.

Felhasznált irodalom

1. Bordás A. (2010): A kiégés-szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban. *Educatio*, 2010/4, pp. 666-672.
2. Csabai M. - Molnár P. (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás*. Springer Orvosi Kiadó Kft.
3. Hárdi I. (1998): *Pszichológia a betegágyánál- Orvos, nővér és a beteg*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest.
4. Helembai K. (2010): *Általános ápoláslélektan*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest.
5. Hézszer G. (1996): *Miért? Rendszerelmélet és lelkigondozó gyakorlat*. Kálvin Kiadó, Budapest.
6. Kulcsár ZS. (2002): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó Budapest.

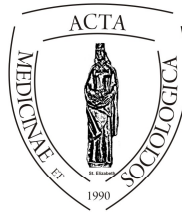
7. Nagy E. (2005): A lelki túlterheltség szociálpszichológiai megközelítése. *LEGE ARTIS MEDINIAE- Orvostudományi Továbbképző Folyóirat*, 15(2):160-163.
8. Nagy E. (2007) Ph.D értekezés: Egy segítő foglalkozás képviselőinek pályaképe, a kiégés szempontjából. Debreceni Egyetem.
9. Ónody S. (2001): Kiégési tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Új Pedagógiai Szemle*, 51 (5), 80-85.
10. Pálfi F. (2006): „Amikor kihűlt a láng”- A kiégés vizsgálata ápolók körében. *IME IV. évfolyam 10. szám*, 31-35. oldal.
11. Pálfi F. (2007) Ph.D értekezés: Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiégés jelenségére. Pécsi Tudományegyetem.
12. Szicsek M. (2004): A kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. In: *KHARÓN Thanatológiai Szemle VIII. évf. 1-2. sz. 2004/1-2.* 88-131.
13. Tandary - Kovács M. (2010): Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, (PhD) értekezés. Budapest.

Nagy Ildikó

2011-2015 között a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán tanult diplomás ápolóként, jelenleg a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán Népegészségügyi Msc képzésen folytat tanulmányokat. A Verzár Frigyes Szakkollégiumnak és az Evangélikus Roma Szakkollégiumnak is tagja. 2013 óta vesz részt a Debreceni Egyetem Tehetséggondozó programjában. Tanulmányai alatt több publikációja is megjelent, illetve több nemzetközi és hazai konferencián is tartott előadást. Kutatómunkája központjában a burn-out szindróma vizsgálata áll, melyet egyetemi hallgatók és ápolók között is vizsgál. Munkája legmagasabb eredményeként a XXXII. OTDK Társadalomtudományi Tagozat Egészségügyi tanulmányok szekciójában I.helyezést ért el.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

A magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti korai halálozásának jellemzői 1980 és 2011 között

Sárváry Attila

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Ápolástudományi Tanszék

Absztrakt. A rosszindulatú daganatos betegségek a vezető halálokok közé tartoznak világszerte, Magyarországon az első helyet foglalják el a korai halálozásban mind a férfiak, mind a nők körében. A tanulmány célja a magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti korai halálozásának vizsgálata 1980 és 2011 között összehasonlítva az adatokat az Európai Unió országok átlagával.

Az adatok a WHO Health for All Mortality adatbázisából és a Központi Statisztikai Hivataltól származnak. A deskriptív kutatásban elemeztem a 25-64, a 30-44 és a 45-59 éves női korosztály összdaganatos és a leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozásának alakulását 1980 és 2011 között Magyarországon és az Európai Unió egyes régióiban.

A magyar nők körében a leggyakoribb rosszindulatú daganatos halálokok 2011-ben sorrendben: a tüdőrák, az emlőrák, a vastag- és végbélrák voltak. Magyarországon a daganatos halálozás a 25-64 éves nők körében már 1980-ban meghaladta az EU15 országok átlagát, és míg az EU15 országokban 2011-re a halálozás 25%-kal csökkent, addig Magyarországon nem változott a halálozás szintje, a magyar nők halálozási kockázata 2011-ben 1,5-szerese volt az EU15 országok átlagának. A fő daganatos halálozások trendjét vizsgálva megállapítható, hogy a tüdőrák miatti halálozás a háromszorosára, az ajak, szájüreg- és garatrák miatti halálozás az ötszörösére növekedett ebben a korcsoportban a vizsgált időszakban. A 30-49 éves korcsoportban az összdaganatos halálozás-

ban 30%-os csökkenés, míg a 45-59 éves korcsoportban közel 10%-os növekedés volt tapasztalható.

A magyar nők korai daganatos halálzásának csökkentéséhez a rizikómagatartásformák gyakoriságának mérséklése, a már bevezetett szűrőprogramok hatékonyságának növelése és a kezelés feltételeinek további javítása elengedhetetlenül fontos.

Kulcsszavak: rosszindulatú daganat, nők korai halálzása, epidemiológia

The premature cancer mortality trends of Hungarian women between 1980 and 2011

Abstract. Cancer diseases are the leading causes of mortality all over the world. In Hungary they are on the first place in premature mortality among men and women. The aim of this study is to analyze premature cancer mortality trends of Hungarian women between 1980 and 2011, and compare the data with the results of EU regions.

The sources of the data were the WHO Health for All Mortality Database and the Hungarian Central Statistical Office. In the descriptive study the all-cancer cause mortality as well as the trends of main causes of cancer mortality in the age groups of 25-64, 33-44 and 45-59 among women were analyzed in Hungary and in the different EU regions, as well.

The main causes of cancer mortality among Hungarian women in 2011 in order were: lung cancer, breast cancer and cancer of the colon, rectum and anus. In Hungary the cancer mortality was higher than in the EU15 average in 1980 and while in the EU15 countries the mortality decreased by 25% during the observed period, in Hungary the cancer mortality did not change, the relative risk of mortality of the Hungarian women were 1.5 times higher compared with the EU15 countries. Observing the trends of the main causes of cancer mortality, the mortality of lung cancer increased up to 3 times and the cancer of the lip, oral cavity and pharynx increased up to 5 times in this age group in the observed period. The all-cancer cause mortality decreased by 30% in the age group 30-44 years and increased by approximately 10% in the age group 45-59 years.

To decrease the cancer mortality of Hungarian women we need to control the risk factors, increase the effectiveness of the introduced screening programs and improve the treatment conditions of cancer patients.

Keywords: cancer diseases, premature mortality of women, epidemiology

Bevezetés

A rosszindulatú daganatos betegségek a vezető halálokok közé tartoznak világszerte. E betegségek miatt a világon évente mintegy 7,6 millióan halnak meg (2008-as adat), ami az összhalálozás 13%-a. A WHO előrejelzése szerint ez az adat folyamatosan növekedni fog. Becslésük szerint 2030-ban már mintegy 13,1 millió halálozásért lesz felelős ez a betegségcsoport. A daganatos betegségek okozta halálozás 70%-a az alacsony és közepes jövedelmű országokban következik be (WHO 2013a). A férfiak és a nők körében különböző daganatos betegségek fordulnak elő. A világon a nők körében sorrendben a legtöbb halálozást okozó rosszindulatú daganatok: emlő-, tüdő-, gyomor-, vastag- és végbélrák, valamint a méhnyakrák (WHO 2013b). Az Európai Régió országaiban a szív- és érrendszeri betegségek után a második leggyakoribb halálokok a rosszindulatú daganatok, amelyek az összhalálozás kb. 20%-áért felelősek. Európában évente mintegy 3 millió új esetet regisztrálnak és 1,7 millió halálozás következik be, a leggyakoribb daganatos halálozásért felelős betegségek lokalizáció szerint a tüdő-, gyomor-, máj-, vastagbél- és emlőrák (WHO 2013c).

Jól ismert, hogy a magyar lakosság egészségi állapota az Európai Unió országokéhoz képest igen kedvezőtlen képet mutat (Ádány 2012). A fő halálokok megegyeznek a fejlett országokban tapasztalható halálokokkal (szív- és érrendszeri betegségek, daganatos betegségek), azonban a fő halálokok sorrendjében és súlyában változások következtek be az utóbbi évtizedekben, különösen a korai halálozás tekintetében. Ez azt jelentette, hogy míg korábban a 25-64 éves férfiak körében a szív- és érrendszeri betegségek miatti halálozás állt az élen, 2004-től kezdődően már a daganatos betegségek miatti halálozás vezetett (Ádány 2003; Ádány 2006). A nők körében korábban is a daganatos betegségek miatti halálozás súlya dominált a korai halálozáson belül, azonban ez a súly növekedett, míg a szív- és érrendszeri betegségek miatti halálozás súlyának csökkenése volt megfigyelhető 2004 és 2009 között (Ádány 2006, Ádány 2012). A daganatos betegségek okozta megbetegedések és halálozások korábbi elemzése azt mutatták, hogy a magyar lakosság daganatos betegségek miatti halálozása kiemelkedően magas az Európai Régióban, illetve az egyes daganatos halálokok miatti halálozás gyakorisága jelentősen változott az elmúlt évtizedekben. Ezek közül kiemelendő a tüdőrák és az ajak, szájüreg, garat rosszindulatú daganatai miatti halálozás gyakoriságának jelentős növekedése (Gaudi és Kásler 2002; Ottó és Kásler 2005; Tompa 2011). A magyar nők korai daganatos halálozásának újabb elemzését az indokolja, hogy 2013-ban véget ért a 10 éves Népegészségügyi Program, ezért érdemes áttekinteni, hogy a célkitűzések mennyire valósultak meg, illetve milyen trendek, tendenciák érvényesültek az utóbbi évtizedekben a daganatos halálozásukban.

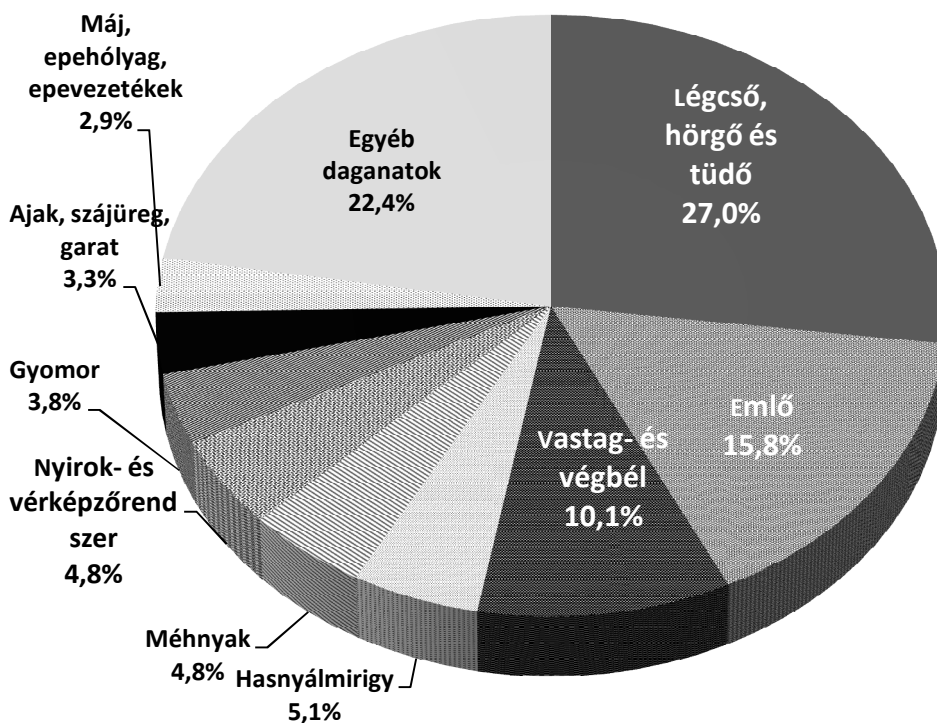
Adat és módszer

Az adatok egyrészt a WHO Health for All Mortality adatbázisából (WHO HFA-M 2013)(2013. augusztus), másrészt a Központi Statisztikai Hivatal 2011-es Demográfiai Évkönyvéből (KSH 2012) származnak. A deskriptív kutatásban elemeztem a 25-64 éves női korosztály daganatos halálozását lokalizáció szerint 2011-ben, valamint az össz-daganatos és a leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozásának alakulását 1980 és 2011 között összehasonlítva az adatokat az Európai Unió régi tagállamainak (EU15), a 2004-ben és utána csatlakozott EU országok (EU13) és a jelenleg az Európai Uniót alkotó 28 ország (EU28) átlagos halálozásával. A főbb rosszindulatú daganatos halálokokon belül további korcsoportos bontást alkalmaztam: a 30-44 és 45-59 éves korcsoportokat. Az adatbázisban szereplő halálozási adatok standardizáltak, a standard az európai standard populáció kormegoszlása. A halálozási adatok 100 000 főre vonatkoznak.

Eredmények

A magyar 25-64 éves nők összhálalozásában a daganatos betegségek miatti halálozás 45%-os súllyal szerepelt 2011-ben (KSH 2012). Ebben a korcsoportban összesen 4964 rosszindulatú daganatos halálozás következett be. Lokalizáció szerint vizsgálva a daganatos halálozást a leggyakoribb halálokok a tüdőrák (27%) volt, e mellett az emlőrák (15,8%) és a vastag- és végbélrák (10,1%) szerepeltek jelentős súllyal. A méhnyakrák miatti halálozás az 5. helyen található, a nyirok- és vérképzőrendszeri daganatokkal azonos súllyal (1. ábra).

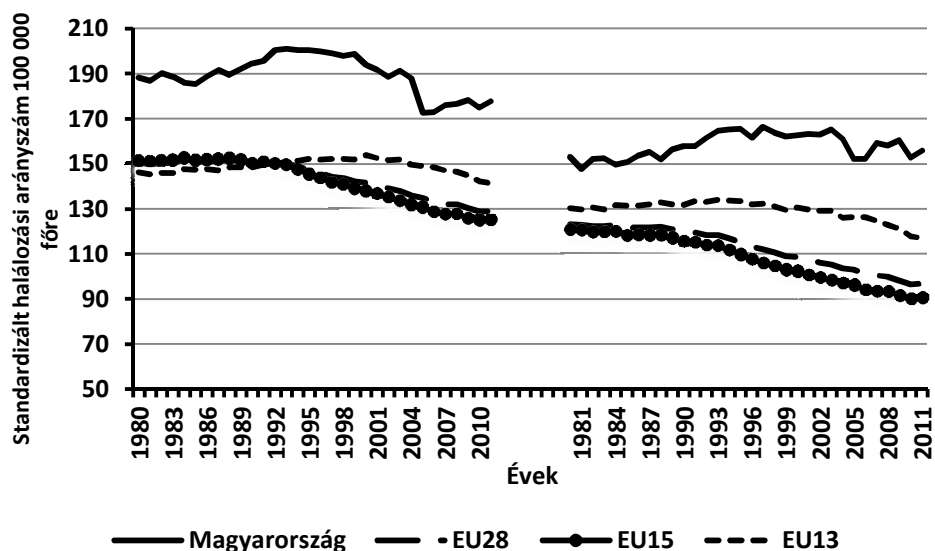
A magyar nők (0-X éves korcsoport) rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozása 1980-tól a '90-es évek elejéig emelkedett, majd stagnált (2. ábra). 1999-től egy lassú csökkenés következett be a halálozásukban. A 2004-ről 2005-re bekövetkezett jelentős csökkenés a halottvizsgálati bizonyítványok feldolgozásában történt változás, a kézi feldolgozásról a gépi feldolgozásra történő áttérés eredménye, nem valós csökkenés, ezért a 2005 előtti adatok nem hasonlíthatók össze a 2005 utáni adatokkal. 2005 után további stagnálás jellemezte a nők daganatos halálozását. Az EU15 országok átlagában ezzel szemben 1993-ig volt jellemző a halálozás stagnálása ettől kezdve folyamatos a halálozás csökkenése, ami a halálozási olló nyílását eredményezte a magyar halálozáshoz képest. Ennek következtében a magyar 0-X éves nők halálozási kockázata az EU15 országokban élő nőkéhez képest 2011-ben 1,4-szeres volt.



(Forrás: Demográfiai Évkönyv 2011. KSH, Bp. 2012.)

1. ábra A 25-64 éves magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálzásának megoszlása a daganat lokalizációja szerint, 2011.

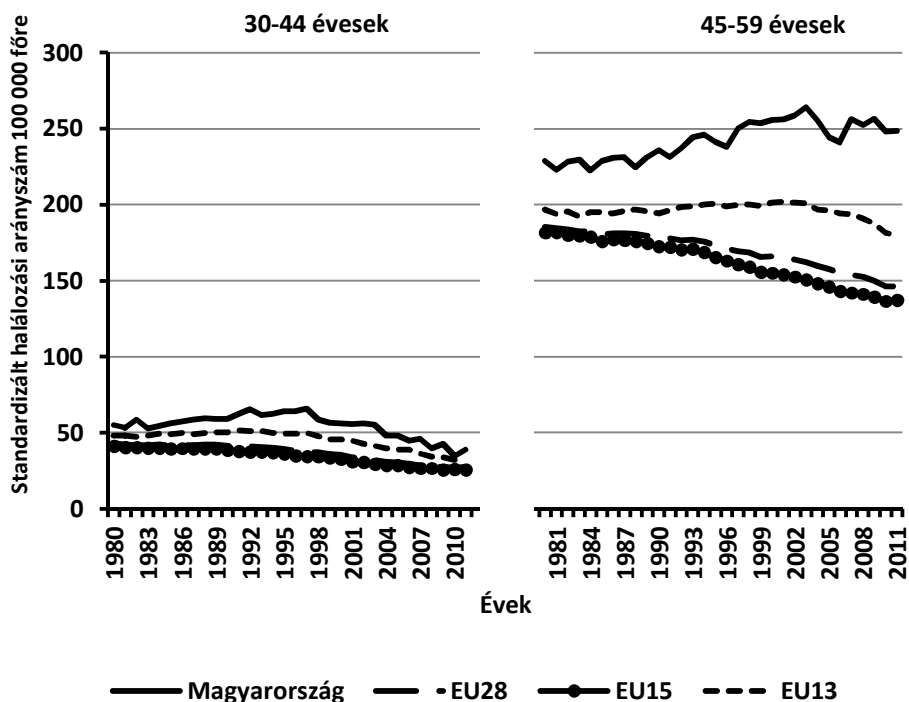
A magyar nők korai halálzásása (25-64 évesek) hasonló trendet követett, vagyis 1980-tól egy növekvő, majd stagnáló szakasz után 2003-tól egy kismértékű csökkenés következett be, 2011-ben halálzásásuk megfelelt az 1980-as szintek. Az EU15 országokban ebben az időszakban kb. 30%-os halálzásás-csökkenés következett be, aminek eredményeképpen a magyar 25-64 éves nők halálzásási kockázata 1,7-szerese volt az EU15 országok átlagának. A magyar nők daganatos halálzásás mindkét korcsoportban meghaladta a kelet-közép-európai országok átlagát (EU13) is.



(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

2. ábra A 0-X és 25-64 éves nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálzásának alakulása Magyarországon és az Európai Unióban, 1980-2011. Standard: az európai populáció standard kormegoszlása.

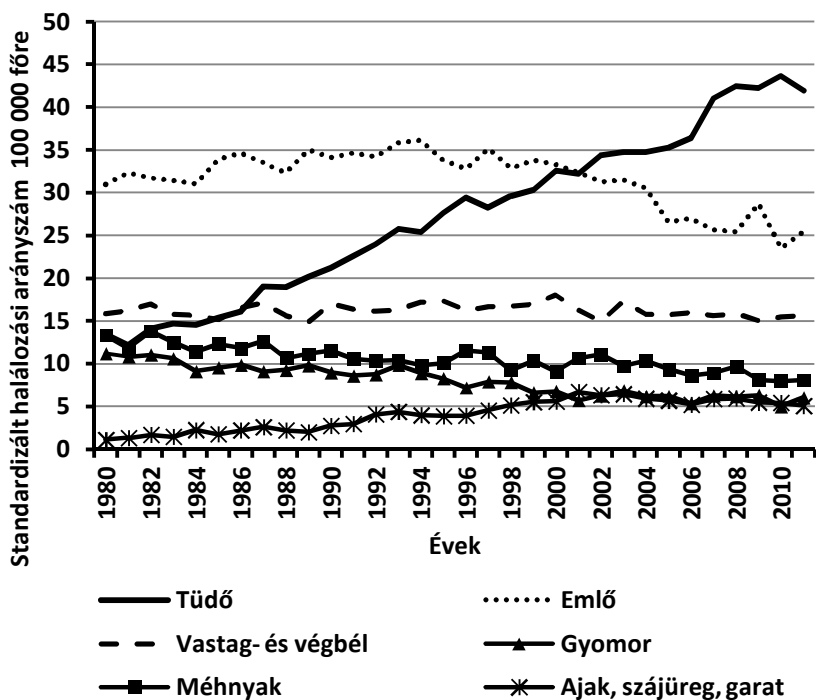
A HFA-M adatbázisban lehetőség van 15 éves korcsoportos bontásban vizsgálni a halálzást, ezért vizsgáltam a 30-44 és a 45-59 éves korcsoport daganatos betegségek miatti halálzást. A 30-44 éves magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálzása 1980-tól 1997-ig emelkedett, majd csökkenni kezdett, halálzásuk 2003-ban érte el az 1980-as szintet, majd ez alá került (3. ábra). Ezzel szemben a 45-59 éves magyar nők halálzása folyamatosan emelkedett 2003-ig, ettől kezdve kismértékű csökkenés következett be. A 30-44 éves korcsoport daganatos halálzása jelentősen alacsonyabb a 45-59 korcsoporténál, ami a daganatos betegségek idősebb korban történő megjelenésével magyarázható. Nemzetközi összehasonlításban a 30-44 éves nők halálzása végig magasabb volt az EU15 országok átlagánál, 2011-ben a magyar nők halálzasi kockázata 1,5-szeres volt az EU15 országok átlagos halálzásához képest. A 45-59 éves korcsoportban az EU15 országok átlagos halálzása folyamatosan csökkent a vizsgált időszakban, ennek megfelelően ebben a korcsoportban jelentősen nyílt a halálzasi olló, 2011-ben a magyar 45-59 éves nők halálzasi kockázata 1,8-szerese volt az EU15 országok átlagához képest.



(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

3. ábra A 30-44 és 45-59 éves nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozásának alakulása Magyarországon és az Európai Unióban, 1980-2011. Standard: az európai populáció standard kormegoszlása.

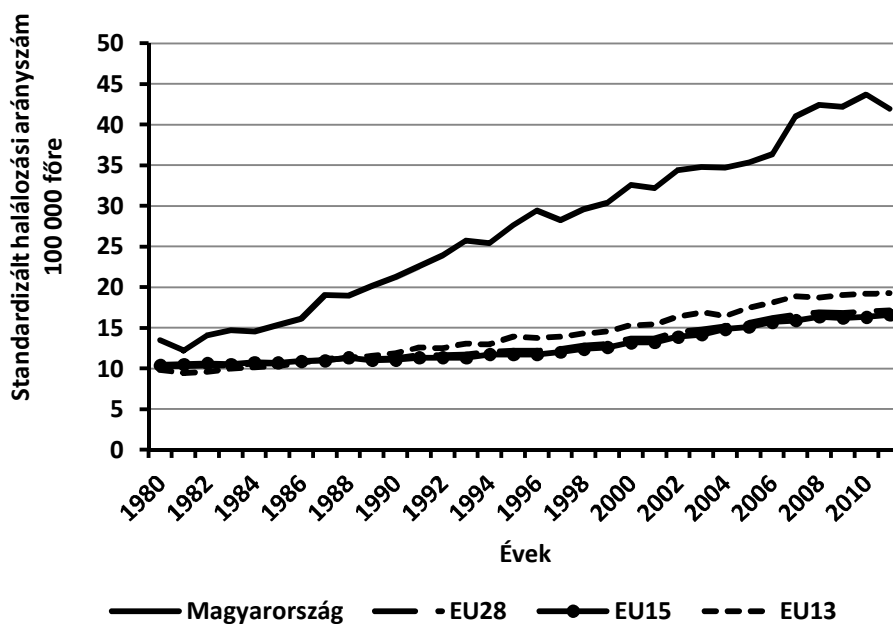
A 25-64 éves korcsoportban lokalizáció szerint vizsgálva a nők daganatok miatti halálozásának alakulását megállapítható, hogy a vizsgált időszakban háromszorosára nőtt a tüdőrák (13,3/100 000-ről 42,0/100 000-re) és közel ötszörösére az ajak-, szájüreg- és garatrák (1,1/100 000-ről 5,1/100 000-re) miatti halálozásuk, míg az emlőrák, a méhnyakrák és a gyomorrák miatti halálozásuk csökkent (4. ábra). A nők tüdőrákos halálozása 1980-tól egészen 2010-ig folyamatosan nőtt - úgy tűnik ebben az évben a halálozás elérte a csúcsát - és ezzel 2001-ben megelőzte a korábban vezető emlőrák miatti halálozást. A gyomorrák és az ajak-, szájüreg- és garatrák miatti halálozás gyakorisága 2000-től kezdve azonos ebben a korcsoportban.



(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

4. ábra A rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozás alakulása a 25-64 éves magyar nők körében a daganat lokalizációja szerint, 1980-2011. Standard: az európai populáció standard kormegoszlása.

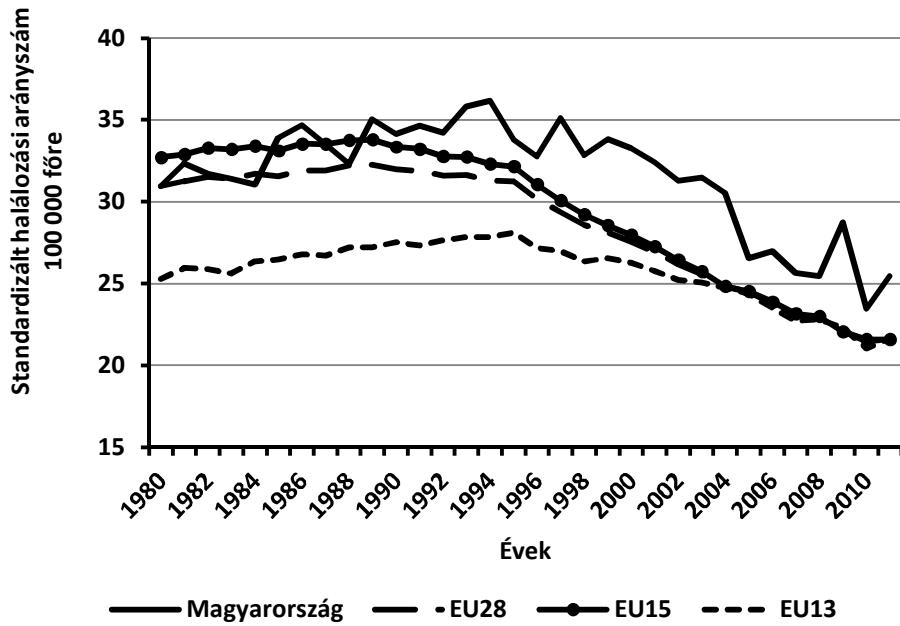
A főbb daganatos betegségek miatti halálozást nemzetközi összehasonlításban vizsgálva a 25-64 éves magyar nők tüdőrák miatti halálozása 1980-ban még az EU országok átlagánál alig volt magasabb, a vizsgált időszakban azonban – bár az EU országokban is bekövetkezett egy növekedés – a magyar nők halálozása sokkal gyorsabban nőtt az EU országokénál. Ennek következtében a tüdőrák miatti halálozási kockázatuk 2011-ben 2,5-szerese volt az EU15 tagországok halálozási átlagának és az Európai Régió országai listáján az első helyen álltak 2011-ben.



(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

5. ábra A tüdőrák miatti halálozás alakulása a 25-64 éves nők körében Magyarországon és az EU egyes régióiban, 1980-2011. Standard: az európai populáció standard kormegoszlása.

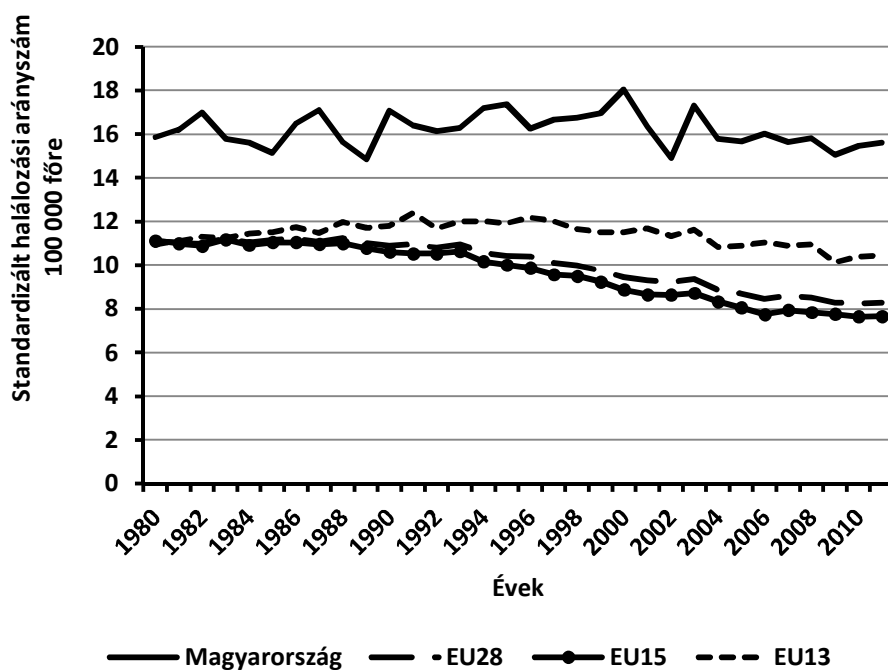
A magyar nők emlőrák miatti halálozása a vizsgált időszak elején szintén meg- egyezett az EU15 országok halálozási átlagával. 1991-től kezdődően azonban míg a magyar nők halálozása először növekedett, majd 1994-től csökkenni kez- dett, addig az EU15 országokban már 1990-től elindult a csökkenés, amely je- lentősebb volt, mint a magyar nők körében, ennek következtében a magyar nők halálozási kockázata - bár nem volt túl nagy az eltérés -, de 1,2-szerese volt az EU15 országok halálozási átlagának.



(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

6. ábra Az emlőrák miatti halálozás alakulása a 25-64 éves nők körében Magyarországon és az EU egyes régióiban, 1980-2011. Standard: az európai populáció standard kormegoszlása.

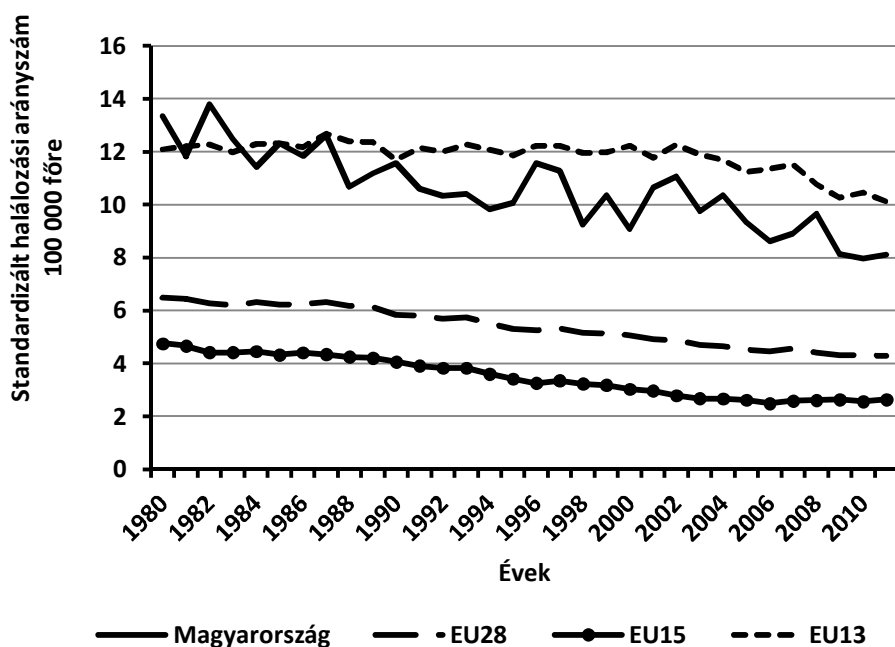
A 25-64 éves magyar nők vastag- és végbélrák miatti halálozása – kisebb eltérésekkel – gyakorlatilag nem változott 1980-tól 2011-ig és halálozásuk az időszak teljes egészében meghaladta az EU országok átlagát. Az EU15 országok halálozásában 1993-tól kezdődően folyamatosan csökkent a halálozás, e miatt 2011-ben a magyar nők halálozási kockázata 2-szerese volt az EU15 országok átlagának.



(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

7. ábra A vastag- és végbélrák miatti halálozás alakulása a 25-64 éves nők körében Magyarországon és az EU egyes régióiban, 1980-2011. Standard: az európai populáció standard kormegoszlása.

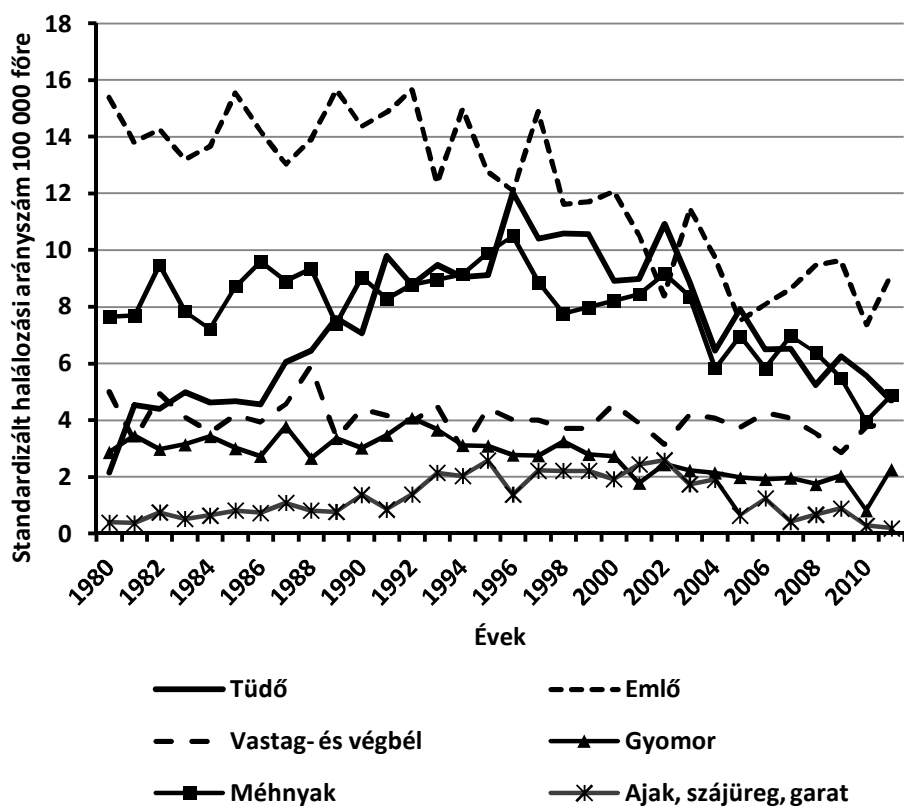
A magyar nők méhnyakrák miatti halálozása 1980-ban 2,8-szorosa volt az EU15 országok átlagának és megegyezett az EU13 országok átlagával. 1980-tól csökkenő tendencia érvényesült mind a magyar nők, mind az EU15 országokban élő nők körében, ennek következtében 2011-ben a magyar nők halálozási kockázata nem csökkent, sőt nőtt 1980-hoz képest (3,1-szeres a kockázat).



(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

8. ábra A méhnyakrák miatti halálozás alakulása a 25-64 éves nők körében Magyarországon és az EU egyes régióiban, 1980-2011. Standard: az európai populáció standard kormegoszlása.

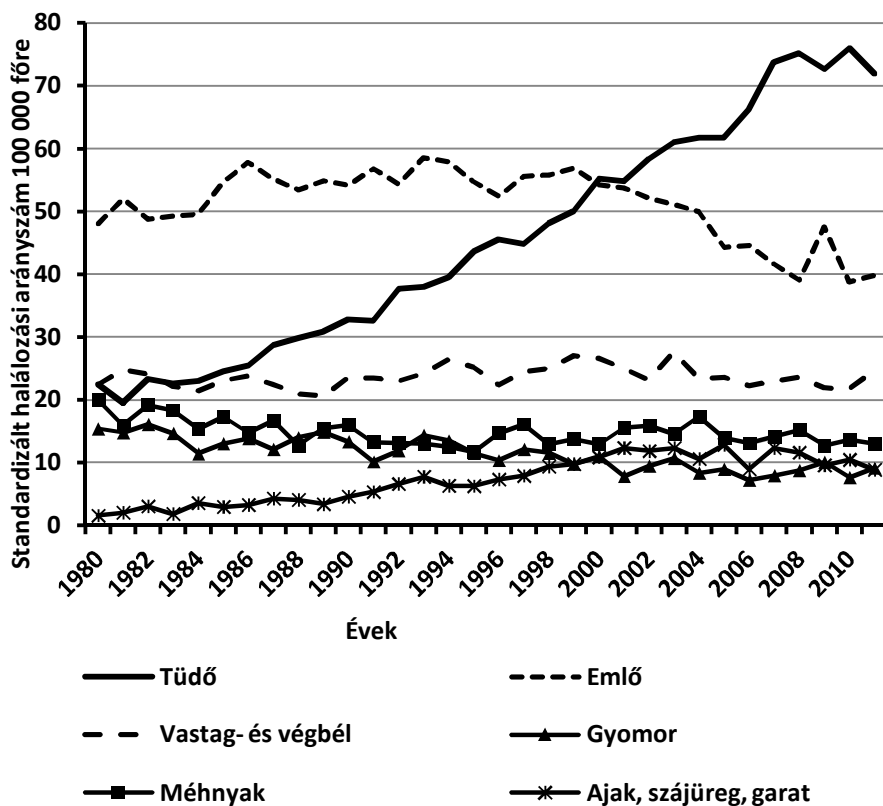
A 30-44 éves nők körében vizsgálva a daganatok okozta halálozás lokalizáció szerinti alakulását megállapítható, hogy ebben a korcsoportban továbbra is az emlőrák áll az első helyen (9. ábra). Az emlőrák miatti halálozásuk 1980 és 1997 között kisebb-nagyobb kilengésekkel nagyjából azonos szinten volt, majd 1997-től kezdett csökkenni. A 25-64 éves korcsoporttól eltérően a tüdőrák miatti halálozásuk csak a vizsgált időszak közepéig nőtt a kiindulási érték mintegy hatszorosára (1980: 2,2/100 000-ról 1996: 12,0/100 000-re), onnantól kezdve csökkenő tendenciát mutatott. Ennek ellenére 2010-ben az Európai Régió országai között a magyar 30-44 éves nők az első helyen szerepeltek a tüdőrák mortalitás listáján. A méhnyakrák miatti halálozásuk a vizsgált időszak elején kisebb kilengésekkel stagnált, majd 2002-től csökken tendenciózan, ezzel a tüdőrák és méhnyakrák miatti halálozás gyakorisága azonos volt az időszak végére. Az ajak-, szájüreg- és garat rosszindulatú daganatai miatti halálozás emelkedése ebben a korcsoportban is megfigyelhető volt, az időszak végére azonban a halálozás szintje visszatért az 1980-as értékre.



(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

9. ábra A rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozás alakulása a 30-44 éves magyar nők körében a daganat lokalizációja szerint, 1980-2011. Standard: az európai populáció standard kormegoszlása.

A 45-59 éves nők lokalizáció szerinti daganatos halálozásának alakulása jellemzően azonos volt a 25-64 éves korcsoportban megfigyelhető tendenciákkal (10. ábra). A 30-44 éves korcsoporthoz képest ebben a korcsoportban az időszak egészében növekedett a tüdőrák és 2001-ig az ajak-, szájüreg-, és garatrák miatti halálozás. Az emlőrák miatti halálozásuk 1980-tól 1986-ig emelkedett, majd 1999-ig stagnált, innentől kezdve jellemző a csökkenő tendencia. A méhnyakrák miatti halálozásban elsősorban a vizsgált időszak elején következett be csökkenés, 1995-től viszont stagnálás tapasztalható. Ezzel a magyar 45-59 éves nők az Európai Régió országai között mind a tüdőrák, mind az ajak-, szájüreg-, és garatrák miatti halálozásban az első helyen álltak 2010-ben és 2011-ben.



(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

10. ábra A rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozás alakulása a 45-59 éves magyar nők körében a daganat lokalizációja szerint, 1980-2011. Standard: az európai populáció standard kormegoszlása.

Vizsgáltam a nők össz-daganatos, tüdőrák, emlőrák, vastag- és végbélrák és méhnyakrák miatti halálozásának változását korcsoportonként (25-64; 30-44; 45-64) 1980 és 2011 között Magyarországon és az EU15 országokban. A nők össz-daganatos halálozása Magyarországon 1980-hoz képest 2011-re csak a 30-44 éves korosztályban csökkent 30%-kal, míg a 45-59 éves korosztály esetén közel 10%-os (8,7%) növekedés volt tapasztalható. Ennek megfelelően a 25-64 éves női korosztály daganatos halálozása gyakorlatilag nem változott a vizsgált időszakban. Ezzel szemben az EU15 országokban minden vizsgált korosztályban több, mint 20%-kal csökkent a nők halálozása, a legnagyobb mértékű csökkenés a legfiata-

labb, 30-44 éves korosztályban következett be. A főbb daganatos halálokok közül Magyarországon a tüdőrák miatti halálozás emelkedett a legnagyobb mértékben minden vizsgált korcsoportban, a 45-59 és a 25-64 éves korcsoportban az emelkedés mértéke meghaladta a 200%-ot, így a nők halálozása az 1980-as érték háromszorosa volt 2011-ben. Az emelkedő tendencia megfigyelhető az EU15 országai-
ban is, de az emelkedés mértéke jóval kisebb mértékű volt. Az emlőrák miatti halálozás mind Magyarországon, mind az EU15 országai-
ban minden vizsgált korcsoportban csökkent, viszont a csökkenés mértéke csak a 30-44 évesek körében haladta meg a 30%-ot, míg az EU15 országokban ez az arány 30-40%-os. A vastag- és végbélrák miatti halálozás csak a 30-44 éves nők körében csökkent Magyarországon, míg az EU15 országokban minden vizsgált korcsoportban több, mint 30%-os volt a halálozáscsökkenés. A szűrhető daganatok közé tartozik a méhnyakrák, amely mind Magyarországon, mind az EU15 országokban több, mint 30%-kal csökkent a vizsgált időszakban, azonban a csökkenés mértéke az EU15 országokban négy-hat százalékponttal meghaladta a magyar adatokat.

	Összdaganatos halálozás	Tüdőrák	Emlőrák	Vastag- és végbélrák	Méhnyakrák
Korcsoportok	Magyarország				
30-44 évesek	-29,8	117,1	-40,4	-22,4	-36,3
45-59 évesek	8,7	220,1	-17,2	9,9	-34,9
25-64 évesek	1,7	212,0	-17,7	-1,5	-39,9
Korcsoportok	EU15				
30-44 évesek	-37,6	8,3	-40,4	-35,7	-39,6
45-59 évesek	-24,4	72,5	-36,0	-30,2	-41,2
25-64 évesek	-24,9	59,4	-34,0	-31,1	-44,4

(Forrás: WHO HFA Mortality adatbázis, 2013. augusztus)

1. táblázat Az összdaganatos és a főbb rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozás növekedése/csökkenése (%) a nők körében korcsoportok szerint Magyarországon és az EU15 országai-
ban 1980 és 2011 között (1980=100%).

Vastagon kiemelve a 20%-nál nagyobb növekedés, vastagon kiemelve és dőlt betűs a 20%-nál nagyobb mértékű csökkenés.

Összegzés

A magyar nők korai (25-64 éves) daganatos halálózása sokkal kedvezőtlenebb az EU országok átlagánál. A főbb vezető rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás ebben a korcsoportban 2011-ben sorrendben a tüdőrák, az emlőrák, valamint a vastag- és végbélrák voltak. Magyarországon a daganatos halálozás a 25-64 éves nők körében már 1980-ban meghaladta az EU15 országok átlagát és míg az EU15 országok átlagában a halálozás 25%-kal csökkent, addig Magyarországon nem változott a halálozás szintje, e miatt nyílt a halálozási olló. A magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti halálozási kockázata 2011-ben 1,5-szerese volt az EU15 országok átlagának. A fő daganatos halálozások trendjét vizsgálva megállapítható, hogy a tüdőrák miatti halálozás a háromszorosára, az ajak, szájüreg- és garatrák miatti halálozás az ötszörösére növekedett a vizsgált időszakban. Ez a két daganatos halálokozás volt a felelős azért, hogy Magyarországon a nők korai (25-64 éves) halálozása nem csökkent a vizsgált időszakban annak ellenére, hogy az emlőrák és a méhnyakrák esetén jelentős halálozáscsökkenéssel számolhattunk. A magyar nők és az EU15 országokban élő nők körében a halálozási olló nyílásához az is hozzájárult, hogy míg Magyarországon a vastag- és végbélrák miatti halálozás a 30-44 éves korosztály kivételével a vizsgált időszakban stagnált, addig az EU15 országokban több, mint 30%-os csökkenés következett be.

A rosszindulatú daganatos betegségek okozta betegségteher csökkentése megnyilvánult a 2002-ben kidolgozott és 2003-ban elfogadott Magyar Népegészségügyi Programban (Az Egészség Évtizedének Nemzeti Programja 2003). „A daganatos betegségek visszaszorítása” programponthoz célként „A daganatos halálozások növekvő trendjének megállítása” szerepelt. Az ebben a programponthoz felsorolt feladatok elsősorban a daganatos betegek ellátásának javítását célozták (pl. onkológiai centrumok létrehozása, az ellátáshoz szükséges infrastruktúra biztosítása, rehabilitációs intézményrendszer országos kiépítése). A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás csökkentésében bizonyos daganatos betegségek szűrésének bizonyítottan szerepük van, ami a nemzetközi ajánlásokat figyelembe véve megjelent a programban. A népegészségügyi szűrővizsgálatok programponthoz már konkrét célmegjelölés szerepelt a daganatos betegségek által okozott halálozásra vonatkozóan: „A szervezett és célzott lakossági szűrővizsgálatok segítségével 70 éves kor alatt 5-10%-kal mérséklődjön a daganatos betegségek okozta halálozás 2012-ig”. A lakossági szervezett emlőszűrést a 45-65 éves korcsoportban 2002 elején, a méhnyakrákszűrést a 25-64 éves korcsoportban 2003-ban vezették be Magyarországon. A vastag- és végbélrákszűrés csak lokális, pilot programokban indult el, országos kiterjesztésére módszertani problémák miatt nem került sor.

A Népegészségügyi program alapján 2006-ban elkészült a Nemzeti Rákellenes Program, amely összefoglalta a primer, a szekunder és a terciér prevenció szintjén a célokat és a cselekvési programokat. Ahogy az az eredményekből látható, Magyarországon a 25-64 éves nők körében 2003-ban érte el a daganatos halálozás a csúcst, innentől kezdve kismértékű csökkenés következett be, bár az adatok értékelésénél figyelembe kell venni azt, hogy a 2004-2005 között bekövetkezett csökkenés az adatfeldolgozásban történt változás következménye. Ez alapján azt mondhatjuk, hogy a Népegészségügyi Programban kitűzött, daganatos betegségekre vonatkozó cél – a daganatos betegségek miatti halálozás növekvő trendjének megállítása – a nők esetében teljesült. Mindenképpen pozitív változások következtek be a 30-44 éves korosztály daganatos halálozásában, hiszen ebben a korcsoportban a tüdőrák kivételével a főbb rosszindulatú daganatos halálokokban jelentős csökkenése következett be, az emlőrák és méhnyakrák halálozásuk az EU15 országok halálozáscsökkenését elérte vagy megközelítette a vizsgált időszakban. Ezzel szemben a 45-54 éves korosztály esetén – ahol mindkét szervezett lakossági szűrővizsgálat bevezették – árnyalja a képet, hogy bár az emlőrák és a méhnyakrák miatti halálozásuk is csökkent, az emlőrákos halálozáscsökkenés kb. 50%-kal, a méhnyakrák miatti halálozás csökkenés 6%-kal maradt el az EU15 országok átlagától. A szűrővizsgálat által érintett két daganatos betegség esetén az is kérdéses, hogy a halálozás csökkenésében a szűrésnek milyen szerepe volt, ugyanis az emlőrákos halálozás jelentős csökkenése következett be a 30-44 éves korosztályban 1997-től kezdve (ahol nincs szervezett szűrés) és a 45-54 éves korosztályban is 1999-től kezdve, tehát már a szűrés bevezetését megelőzően. Ehhez még érdemes hozzátenni, hogy a szűrésen való részvételi arányok is elmaradtak a kívánatos 70%-os szinttől, 40%-50% körül mozgott (Boncz, Sebestyén és mtsai 2005; Boncz, Sebestyén és mtsai 2008; Kovács és Boncz 2009; Boncz, Döbrössy és mtsai 2013a; Boncz, Döbrössy és mtsai 2013b). A méhnyakrák szervezett szűrésének bevezetése sem érte el a kívánt célt 2011-ig (60%-kal csökkenjen a méhnyakrák okozta halálozás a 25-64 éves korcsoportban 2012-ig – Magyar Népegészségügyi Program), bár a csökkenés mértéke jelentős volt mindhárom korcsoportban, a 45-64 évesek esetén a csökkenés a vizsgált időszak legelején, 1980 és 1995 között következett be, onnantól kezdve stagnált, ami a szűrővizsgálatok és/vagy a daganatos betegek ellátásának hiányosságait jelentik.

A két legnagyobb mértékben emelkedett – tüdőrák, ajak-, szájüreg- és garatrák – daganatfélések rizikófaktorai - kiemelten a dohányzás, valamint a túlzott alkoholfogyasztás - jól ismertek. A magyar nők körében elsősorban a dohányzás gyakorisága emelkedett a 2000-es években, a rendszeres dohányzók aránya a felnőtt nők körében 2000-ben 23% (OLEF 2002), 2003-ban 25% (OLEF 2005) volt. Azóta számos törvény született Magyarországon a dohányzás visszaszorítására. A másodlagos megelőzés tekintetében a szájüregi daganatok szűrésére

három egészségügyi szakdolgozói csoportot jelöltek meg: a fogorvosokat, a háziorvosi és a foglalkozás-egészségügyi orvosokat. A szűrés modell program keretében el is indult (Döbrössy, Bánóczy és mtsai 2007). A tüdőrák szűrésére bizonyítottan hatékony eszköz az alacsony dóziszú CT alkalmazása, amelynek eredményességéről jelenleg még csak pilot vizsgálati adatok állnak rendelkezésre Magyarországon (Aberle, Adams és mtsai 2011; Moizs, Strausz és mtsai 2013) A magyar nők korai daganatos halálkozásának csökkentéséhez a rizikómagatartásformák gyakoriságának mérséklése, elsősorban a dohányzás visszaszorítása és a már bevezetett szűrőprogramok hatékonyságának növelése, illetve a kezelés feltételeinek további javítása elengedhetetlenül fontos.

Felhasznált irodalom

1. Ádány Róza (szerk) (2003): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina Kiadó, Budapest.
2. Ádány Róza (szerk) (2006): Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Kiadó, Budapest.
3. Ádány Róza (szerk) (2012): Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Kiadó, Budapest.
4. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, et al. (2011): Reduced lung-cancer mortality with lowdose computed tomographic screening. *N Engl J Med*; 365:395-409.
5. Az Egészség Évtizedének Nemzeti Programja (2003). 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat. (<http://www.oefi.hu/nepeuprg.pdf>) (Letöltve: 2014. 01. 08)
6. Boncz Imre, Sebestyén Andor, Döbrössy Lajos Péntek Zoltán, Kovács Attila, Dózsa Csaba, Budai András, Ember István (2005): A magyar szervezett lakossági emlőszűrés részvételi arányainak meghatározása az első szűrési ciklusban (2002–2003). *Orvosi Hetilap*, 146: 1963–1970.
7. Boncz Imre, Sebestyén Andor, Döbrössy Lajos, Péntek Zoltán, Kovács Attila, Budai András, Kövi Rita, Ember István (2008): A szervezett emlőszűrési program második ciklusának (2004–2005) részvételi arányai. *Orvosi Hetilap*, 149:1491–1498.
8. Boncz Imre, Döbrössy Lajos, Péntek Zoltán, Kovács Attila, Budai András, Vajda Réka, Sebestyén Andor (2013a): A szervezett emlőszűrési program harmadik (2006–2007) szűrési ciklusának részvételi arányai. *Magyar Onkológia*, 57: 140-146.
9. Boncz Imre, Döbrössy Lajos, Péntek Zoltán, Kovács Attila, Budai András, Imre László, Vajda Réka, Sebestyén Andor (2013b): A szervezett országos

- emlőszűrési program negyedik (2008–2009) szűrési körének részvételi arányai. *Orvosi Hetilap*, 154: 1975–1983.
10. Döbrössy Lajos, Bánóczy Jolán, Kovács Attila, Budai András, Cornides Ágnes (2007): Szájüregi szűrővizsgálatok: tervek az alkalomszerű szűrés kiterjesztésére Magyarországon. 148: 1267–1271.
 11. Döbrössy Lajos, Kovács Attila, Budai András, Simon Judit, Horváth Andreea Rita, Cornides Ágnes, Tulassay Zsolt (2011): A vastag- és végbéldaganatok szűrésének vitatott kérdései: klinikai és népegészségügyi nézőpontok ütközése. *Orvosi Hetilap*, 152: 1223–1232.
 12. Gaudi István, Kásler Miklós (2002): A rosszindulatú daganatos halálozás változása 1975 és 2001 között Magyarországon. *Magyar Onkológia*, 46: 291–296.
 13. Kovács Attila, Boncz Imre (2009): A szekunder prevenció onkológiai szűrési programok helyzete Magyarországon. *Népegészségügy*, 87: 265-274.
 14. Központi Statisztikai Hivatal (2012): Demográfiai Évkönyv 2011. KSH, Budapest.
 15. Moizs Mariann, Strausz János, Rakvács Marianna, Lelovics Zsuzsanna, Bajzik Gábor, Repa Imre (2013): Az alacsony dózisú CT-vel történő tüdőrákszűrés kezdeti lépései és első eredményei (absztrakt). *Népegészségügy*, 91: 195-196.
 16. Nemzeti Rákellenes Program (2006). Egészségügyi Szakképző és Továbbképző intézet, Budapest.
 17. Ottó Szabolcs és Kásler Miklós (2005): A hazai és nemzetközi daganatos halálozási és megbetegedési mutatók alakulása. *Magyar Onkológia*, 49:99-107.
 18. Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2002.
(http://www.oefi.hu/olef/OLEF2000/Jelentesek/OLEF_osszefoglalo_jelentes.pdf) (Letöltve: 2014. 01. 08)
 19. Országos lakossági Egészségfelmérés 2003. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2005.
(<http://www.oefi.hu/olef/OLEF2003/Jelentesek/EgeszseggamatartasOLEF2003.pdf>) (Letöltve: 2014. 01. 08)
 20. Tompa Anna (2011): A daganatos betegségek előfordulása, a hazai és a nemzetközi helyzet ismertetése. *Magyar Tudomány*, 172, 11:1333-1345.
 21. World Health Organization Regional Office for Europe. Health for All Mortality Database, 2013. augusztus. (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb>) (Letöltve: 2013. 10. 06.)
 22. World Health Organization (2013a): Factsheet N°297. ([www.http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html)) (Letöltve: 2014. 01. 06.)

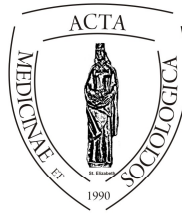
23. World Health Organization (2013b):10 factsaboutcancer.
(<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/index.html>)(Letöltve:
2014. 01. 06.)
24. World Health Organization (2013c): Cancer; Data and statistics.
(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/data-and-statistics>)(Letöltve: 2014. 01. 06.)

Sárváry Attila

A szerző a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar főiskolai tanára, az Ápolástudományi Tanszék vezetője. Szakterülete a népegészségügy, ezen belül elsősorban a kisebbségek és migránsok egészségi állapotával és a gyermekek egészségmagatartásával foglalkozik.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei ápolók szakmai továbbképzési motivációja és pályaképe

Ujváriné Siket Adrienn¹, Takács Péter²,
Zrínyi Miklós³, Hajdúné Demcsák Livia¹, Radó Sándorné¹,
Móricz Istvánné⁴, Sárváry Attila¹

1. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Ápolástudományi Tanszék
2. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségügyi Informatikai Tanszék
3. TEVA Magyarország Zrt.
4. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

Absztrakt. Magyarországon az utóbbi években jelentős számú ápoló hagyta el a pályát vagy vállalt munkát külföldön, ami az egészségügyi ellátórendszerben – bár jelentős területi és intézményi különbségekkel – ápolóhiány kialakulásához vezetett. A problémát tovább súlyosbítja az ápolók stratégiai szempontból kedvezőtlen korösszetétele. Az utánpótlás biztosítása kulcskérdés az ágazat számára. Mindezek okán szükséges megismerni az ápolók véleményét a pályaválasztás motivációjáról, a pálya további karrierlehetőségeiről, jövőbeli terveikről. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán hosszabb ideje folynak ez irányú kutatások. A bemutatott vizsgálat fő célja többek között a felsőfokú képzésben részt vevők és a már pályán dolgozó ápolók pályaválasztási motivációjának, a pályaképének, pályaelhagyási szándékának, ápolói migrációnak, a nyelvtudásnak valamint életminőségének a mérése. További cél volt annak felmérése, hogy milyen igény mutatkozik az OKJ képzésben jelenleg tanuló, valamint az OKJ képzettséggel már rendelkező ápolók részéről egy rövidített időtartamú BSc ápolóképzésre. Ebben a tanulmányban ez utóbbi kérdéskör is bemutatásra kerül a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei

Kórházak és Egyetemi Oktatókórház dolgozói körében felvett mintára alapozva. A statisztikai adatelemzésen túl az utolsó fejezet a munkáltatói nézőpontra világít rá, ami árnyaltabbá teszi az elemzés során kialakult összképet. Az eredményeket összefoglalva elmondható, hogy valós igényként merül fel a már hosszabb munkatapasztalattal rendelkezők körében a rövidített idejű BSc képzés. A részleteket tekintve fontos tényezővé válik a megszerzett munkatapasztalat beszámíthatósága (validáció) és a valós munkáltatói igények figyelembe vétele a felsőfokú tanulmányok során.

Kulcsszavak: ápolói hivatás, karrier, motiváció, pályakép, munkatapasztalat beszámítása a tanulmányokba, validáció

Abstract. In Hungary, a significant number of nurses have been leaving the field in recent years and work abroad in the healthcare system. The problem is further exacerbated by the unfavorable age structure of nurses. Therefore it is necessary to know nurses' opinion about career motivation, further career opportunities and their future plans. The aim of our study was to survey the career motivation, career profiles, attrition intentions nurse migration, knowledge and quality of life assessment of nurses and nursing students. Our further aim was to measure if they would like to take part in accredited training and a short period of BSc nursing degree. In this paper, we presented the latter issue in more detail - based on a sample of Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals and University Teaching Hospital employees. In summary we can say that there is a real need for a shortened BSc training among people who have longer work experience. The validation of work experience is important to them during studies.

Keywords: Nursing profession, carrier, motivation, carrier profile, validation work experience during studies

Bevezetés - az ápolói pályakép általános vonásai

Az ápolói pályaképet, pályaválasztás és továbbtanulás területét több neves hazai ápolástudományi szakember és szakmai csoport kutatja. A szakirodalmi források foglalkoznak többek között az ápolói hivatás fogalmának pontos meghatározásával és definiálásával, történeti vonatkozásaival (lásd például Balogh és munkatársai [1], Piczil és Pikó [2]); a jelenlegi magyar helyzet kialakulásának folyamatával és a minél pontosabb helyzetfeltárással [3] [4].

Az ápolók pályaválasztásában jelentős természetes vonzerő az emberekkel való foglalkozás, a betegek és kiszolgáltatottak segítése iránti vágy. Ezt szögezi le többek között Nagy 1998-ban [5], illetve Kovácsné és munkatársai, 2004-ben [6]. Leírják azt, hogy egy-egy hivatásra történő felkészülés már gyermekkorban elkezdődik és a szocializáció során erősödik, céltudatosan a választás irányába orientálódik. Modellük szerint a pályorientáció a társadalmi tagoltság dimen-

zióiban keletkezik és egyik legfőbb meghatározó eleme a fiatal szocio-kulturális háttere. Az ápolói pályakép fontos sajátossága a szakmával összefüggő szerepekkel való azonosulás.

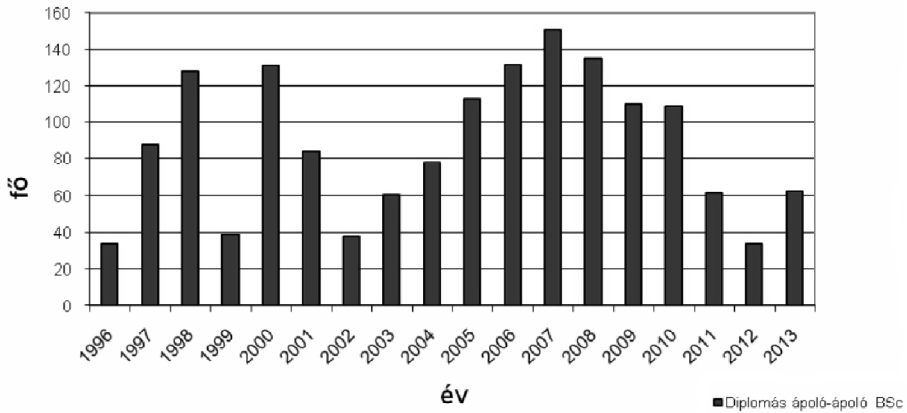
Egy igen fontos és aktuális kutatási terület az ápoláskutatáson belül a migráció, a munkaerő áramlásának nemzetközi és hazai kérdése. Ezek a trendek a magyar egészségügyi szakmát, az orvosokat és ápolókat is erőteljesen érintik. Az általános és egészségügyi migrációs tendenciákat, okokat és hatásokat elemzik Cseresnyés [7], Kovácsné [8], Eke és munkatársai [9], Sándor [10], Ládonyi [11]. Az orvosok és ápolók körében jelentkező migrációs nyomás magyar vonatkozásait sokak mellett Galambos [12], Szkracsics [13], Vízvári [14] [15], Ujváriné és munkatársai [16] [17] [18] [19], Takács [20], Németh [21], Girasek és munkatársai [22], Zrínyi és munkatársai [23], Piczil és munkatársai [24] vizsgálták.

A forrásokból kialakuló összkép bonyolult és összetett, alkotóelemeinek feltárása, azok súlyarányainak meghatározása napjainkig csak részben történt meg. A szakma- és a hivatástudat, valamint az anyagi kényszerek között feszülő ellentmondások csak a felszínét jelentik a problémakörnek. Az ápolókat érő belső, munkahelyi hatások és a kívülről érkező pozitív vagy negatív vélemények, mint a pályán maradás összetevőiként rakódnak egymásra. Végül sok esetben az említettek kicsúcsosodva jelentkeznek egy élethelyzeti döntésben.

Az egészségügyi pályát (orvos, fogorvos, ápoló, stb.) választó fiatalok száma az utóbbi öt évben összességében nőtt, az egyes felsőoktatási képzések népszerűségében viszont jelentős különbségek tapasztalhatók.

A Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának ápoló (korábban diplomás ápoló) szakára a 2000-es évek elejéig emelkedő létszámban jelentkeztek a hallgatók. A kétezres évek elejei visszaesést követően újra egy emelkedő tendencia következett, de napjainkra már sajnos ismét csökkent a jelentkezők száma. A szakon 1996 és 2013 között összesen 1590 fő végzett (1. ábra). Az adatok értékelésénél ugyanakkor azt is figyelembe kell venni, hogy a vizsgált időszakban változtak az oklevél kiadásának feltételei – elsősorban a nyelvvizsgával kapcsolatos előírások szigorodtak, ami egyes években jelentősen befolyásolhatta a kiadott oklevelek számát.

A hallgatók utókövetéses vizsgálataiból (DPR Diplomás Pályakövető Rendszer, végzett hallgatók körében végzett felmérések, munkaerő-piaci mérések) látható, hogy a nappali tagozaton végzett hallgatók köréből nem mindenki helyezkedik el az egészségügyben; az utóbbi években jelentősen megnőtt az egyéb területen, például a profitorientált egészségüggyel kapcsolatban lévő cégeknél (gyógyszergyáraknál, gyógyászati segédeszközök előállító vállalatoknál) munkát vállalók száma. Vonzóvá vált a külföldön történő munkavégzés, illetve nőtt a pályaelhagyók aránya is (2. ábra).



Forrás: DEEK TADI.

1. ábra: A DE EK-n kiadott diplomás ápoló és BSc ápoló oklevelek száma 1996-2013 között. (nappali és levelező tagozat összesen).



2. ábra: A külföldi munkát vállaló magyar orvosok és ápolók száma (2009-2012). [25]

A felsorolt tények mellett figyelni kell arra is, hogy a levelező tagozaton végzetek lényegében nem emelik az egészségügyi dolgozók számát, mivel ők már a rendszer részét képezik. Az összkép szakmai és társadalmi vonatkozásait jellemzik Cseri gondolatai: „Az egészségügyi szakemberek képzése hazánkban ma már az EU normákhoz igazodik, mára azonban elértük, hogy nincs megfelelő létszámú jelentkező az ápolói szakok indításához. Az ápolás mint szakma, elvesztette a társadalomban betöltött hivatás szerepét, az egészségügyben továbbra is uralgó orvos-központú szemlélet nem ismeri el az ápolást, az ápolók elsősorban végrehajtó, de nem önálló tevékenységeket végeznek” [26]. A csökkenő létszám lehetséges okai között az ápolói szakma társadalmi megbecsülésének hiánya, valamint a képzőintézmények csekély vonzereje, a hallgatói lemorzsolódás, valamint a korai pályaelhagyás jelent nagy problémát.

A kialakult helyzet minél átfogóbb és pontosabb megértéséhez, az érintettek mozgásterének feltárására, a szereplők egyes lépéseinek magyarázatául szükséges megismerni a képzésben részt vevők, és a már pályán dolgozók véleményét a pályaválasztás motivációiról, a pálya további karrierlehetőségeiről, jövőbeli terveikről.

Az Egészségügyi Kar 2013-ban egy TÁMOP pályázatot nyert a „Képzési programok az egészségügyi ágazat szolgáltatásfejlesztése érdekében - a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán” címmel. E pályázat egyik célja a magyar egészségügyi ellátórendszerben jelen lévő szakdolgozói munkaerőhiány pótlása magasan kvalifikált egészségügyi szakdolgozókkal az ápoló és mentőápoló OKJ végzettséggel rendelkező egészségügyi dolgozók számára kidolgozásra kerülő BSc ápoló/mentőtiszt képzésbe való beszámíthatóság segítségével, valamint az egészségtudományi BSc/MSc képzésben részt vevő hallgatók minőségi gyakorlati képzésének javítása a mentorápoló képzési program kidolgozásával.

További cél volt az, hogy munkaerő-piaci igényfelmérés készüljön, milyen elvárás mutatkozik az OKJ képzésben jelenleg tanuló és az OKJ képzettséggel már rendelkező ápolók körében egy rövidített időtartamú BSc ápolóképzéssel kapcsolatban. A felmérésre az Észak-magyarországi, Észak-alföldi és Dél-alföldi Régiók OKJ képzést végző oktatási intézményeiben és legnagyobb fekvőbeteg ellátó intézményeiben (Debreceni Egyetem OEC (Debrecen), BAZ Megyei Kórház és Oktatókórház (Miskolc), Békés megyei Pándy Kálmán Kórház (Gyula), Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelő Intézet (Eger), Szabolcs-Szatmár-Bereg (SzSzB) Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház) került sor.

A pályázat keretein belül vizsgálatra kerültek az ápolói pályaválasztási motívációk, a pályakép főbb elemei, a pályaelhagyási szándék sajátosságai, az ápolói migráció kérdésköre, a nyelvtudás szintje, valamint az életminőség kérdései. Jelen dolgozat a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház központi és külső telephelyén dolgozók körében végzett felmérés szakmai továbbképzési motivációjára vonatkozó eredményeket és a munkáltatói

szempontok egy részét mutatja be. Az elemzés leíró statisztikai részeket (százalékos adatok, középértékek és szóródási mutatók ismertetése és vizsgálata), valamint elemző módszereket; többek között faktoranalízist (főkomponens elemzés az elégedettségrel kapcsolatos kérdések összevonására), statisztikai próbákat (csoportok középértékeinek összehasonlítására), bináris logisztikus regressziót (az elégedettségi kérdések más irányú értékelésére) alkalmaz. A számítások az SPSS programcsomag 19-es verziójával készültek. Az alkalmazott hibahatár minden esetben 5% volt.

A kérdőíves vizsgálat keretei

A felmérés során keresztmetszeti vizsgálatra került sor. Saját fejlesztésű kérdőív került összeállításra, amely a következő fő kérdéscsoportokat tartalmazta: demográfiai adatok, pályaválasztás, pályaeorientáció, jövőkép (migráció), életminőség.

A már végzett ápolók részére készített kérdőív a pályaelhagyást előre jelző indikátorokat is tartalmazott, követve az európai NEXT-tanulmány során használt modellt [27]. A vizsgálat ezen részében kiindulópontnak tekintett európai modell összetett mérések kombinációit alkalmazta (pl. kiégés, elkötelezettség, megterhelés-elismerés egyensúly, pályaelhagyási szándék, munkaelégedettség, munkakedv, fizikai terhelés, szociális munkakörnyezet, munkaképességi mutató és munkahelyotthon kölcsönhatás). A teljes NEXT-kérdőív lekérdezésére a források véges keretei okán nem kerülhetett sor, abból részelemek kerültek felhasználásra.

A kérdőív az egészségi állapotra vonatkozóan az SF-36 (36-item Short Form Health Survey) kérdőív kérdéseit is megjelenítette. Maga az SF-36 kérdőív a következő kérdéscsoportokkal dolgozik: fizikai aktivitás, a fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság, a testi fájdalom, az általános egészségérzet, a vitalitás, a társadalmi aktivitás, az érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság és az általános mentális egészség.

A kérdőív végső formája 37 fő kérdésrészt tartalmazott; ezen belül részekre bontva jelentek meg az összetettebb vizsgálati körök. Az elégedettségi és valószínűségi válaszokhoz öt pontos Likert-skálát használtak. A pályaelhagyásra és elvándorlásra vonatkozó válaszok mérése szintén öt pontos Likert-skálát alkalmazott. A mintavétel rétegzett, véletlen mintavétel volt. A kérdőívek kitöltése önkéntes alapon és névtelenül történt.

A teljes felmérés ápolóképző intézményekben és kórházakban zajlott. Összesen 735 kérdőív (235 fő négy ápolóképző iskolában és 500 fő hat kórházban) került kiküldésre. 295 kérdőív (válaszadási arány: 79,6%) érkezett vissza a tanulók részéről és 339 kérdőív (válaszadási arány: 68%) az ápolóktól.

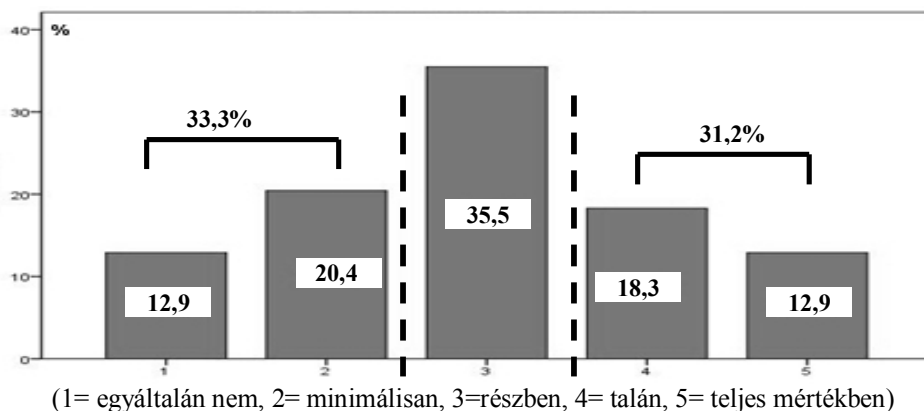
E tanulmány keretében a dolgozó ápolókra vonatkozó eredmények közül a SzSzB Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház (központi telephely Nyíregyháza; külső telephelyek Vásárosnamény és Mátészalka) dolgozóinak válasza kerülnek bemutatásra. A részmintában az összes kiosztott kérdőívek száma 180 db volt, amiből a központi telephelyre 80 db, a külső telephelyekre 100 db került. A visszaérkezett kérdőívek száma 101 db (56%-os válaszadási arány).

A munkavállalói nézőpont

Leíró statisztikai áttekintés. Ahogy előzetesen is vártuk, felmérésünkben jelentős a női többlet: 96,0 % a nők aránya, a férfiak 3,5 %-ával szemben. A vizsgálatba bevont személyek átlagéletkora 39,2 év (SD: 8,23) volt (n=101), ami jónak mondható az országos átlaghoz képest (44,6 év).

A megkérdezettek legmagasabb végzettségét tekintve a döntő többség OKJ ápoló, ők a válaszadók 42,1 %-át jelentették (37 fő). BSc ápoló (Diplomás ápoló) volt a megkérdezettek 29,6 %-a (30 fő). Ezt követte az érettségi (szakközépiskola, gimnázium) 10,2 %-kal, majd az általános ápoló általános asszisztens 6,8 %-kal. Legkisebb arányban a felnőtt szakápolók és az egyetemi okleveles ápolók voltak (mindkét esetben 3,4 %).

Az előzetes tanulmányok beszámításának lehetőségéről a felsőoktatásban a válaszadók 48,7 %-a hallott. Amennyiben a TÁMOP pályázat keretén belül kidolgozásra kerülne az OKJ képzés BSc képzésbe történő beszámítása úgy a válaszadók 58,0 % részt venne ebben az új képzésben, 11,4% viszont nem venne részt. A válaszadók 30,7 %-a úgy nyilatkozott, hogy nem tudja eldönteni most részvételi szándékát.



3. ábra: Munkahelyi támogatás mértéke. (n=101)

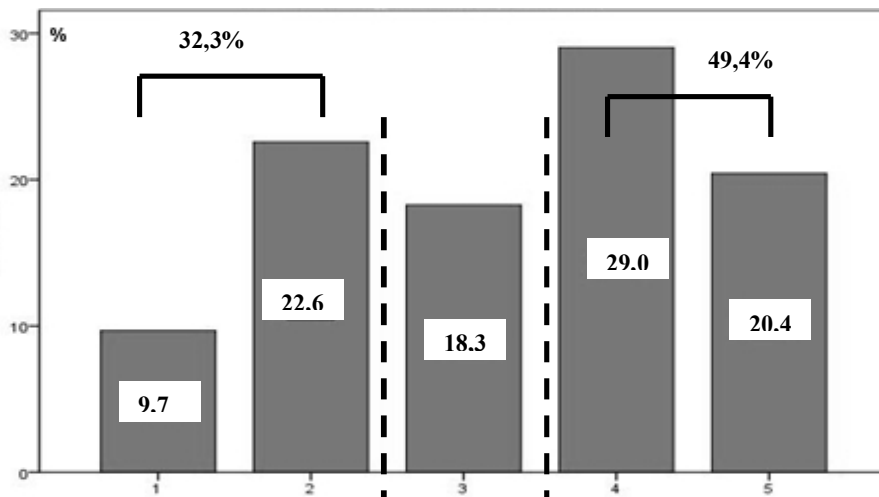
A munkahelyi támogatás mértékének megítélésében a megkérdezettek 35,5%-a nem tudta megválaszolni, hogy támogatnák-e a továbbtanulását, 12,9% szerint teljes mértékben támogatnák, 12,9%-ot egyáltalán nem támogatnának. A minimálisan, vagy egyáltalán nem támogatottak aránya összesen 33,3% (3. ábra). Ez utóbbi esetekben valószínű, hogy néhány hallgató titokban, a munkahely tudtán kívül végezné tanulmányait.

A BSc képzésbe való esetleges jelentkezés legfőbb motivációs tényezőjeként elsőként a bér jelenik meg 72,3%-ban, a szakmai fejlődés 46,5%, a szakmai előrelépés 34,7%, az új kompetenciák megszerzése 13,9%, az anyagi támogatás a tanuláshoz 11,9%, a munkaidő kedvezmény 10,9%, a család 6,9%-ot képvisel.

A BSc képzés elvégzésének visszatartó tényezői a következők szerint alakultak. Első helyen az anyagi teher 34,7%-ban jelent meg, ez követte a nyelvvizsga követelménye, mint visszatartó erő: 34,7%.

További részletek:

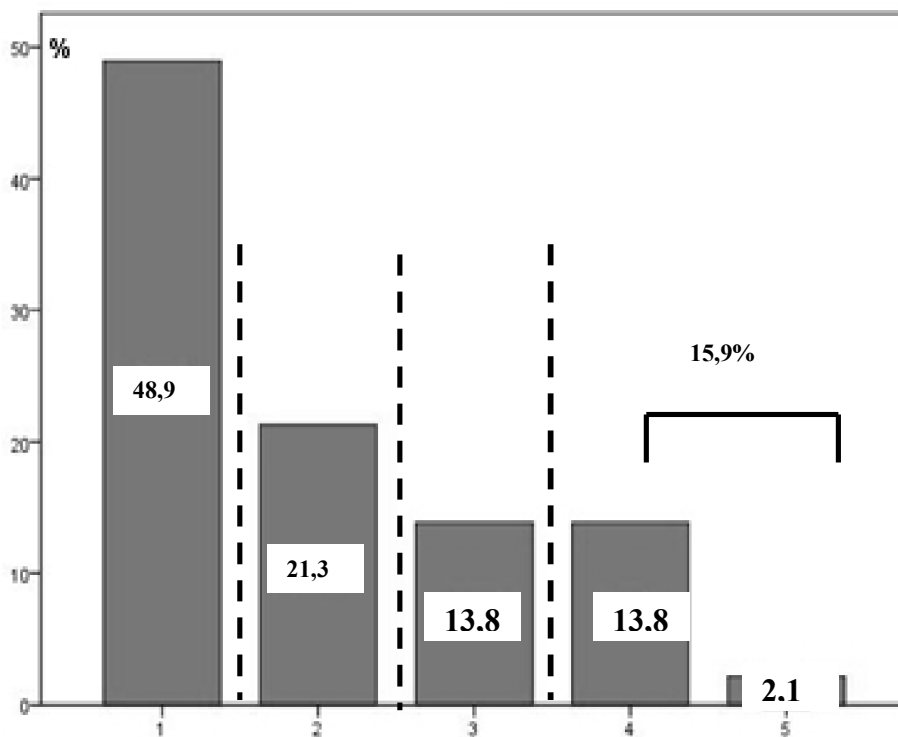
- „a munkáltató nem támogat munkaidő kedvezménnyel” 30,7 %,
- „a munkáltató nem támogat anyagilag” 25,7 %,
- „a munkáltató nem akar magasabb bért fizetni” 15,8 %,
- „nincs szakmai előmeneteli lehetőség” 14,9 %,
- „család” 14,9 %,
- „a munkáltató nem tudja alkalmaznia tudását” 7,9 %.



(1= egyáltalán nem, 2= talán, 3=nem tudom eldönteni, 4= nagyon valószínű, 5= biztosan)

4. ábra: Az ápolóképzés újraválasztásának valószínűsége (n=101).

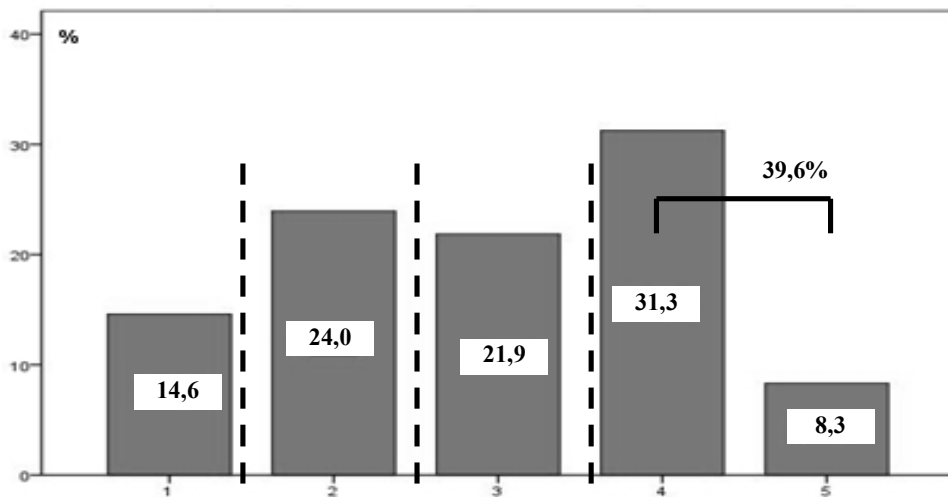
Arra a kérdésre, hogy „mennyire valószínű, hogy újra az ápolóképzést választanák?” 20,4 % biztosan, 29 % nagyon valószínű választ adott (összesen 49,4%). Tehát a megkérdezettek közül minden második ember (!) újra ezt a képzést jelölné pályaként. Csupán 9,7 % választotta az egyáltalán nem kategóriát (4. ábra) (n=101, nem válaszolt 8 fő).



(1=Elégedetlen vagyok, 2=Megfelel, 3=Nem tudom eldönteni, 4=Jónak találok, 5=Elégedett vagyok)

5. ábra: A fizetéssel való elégedettség mértéke. (n=101)

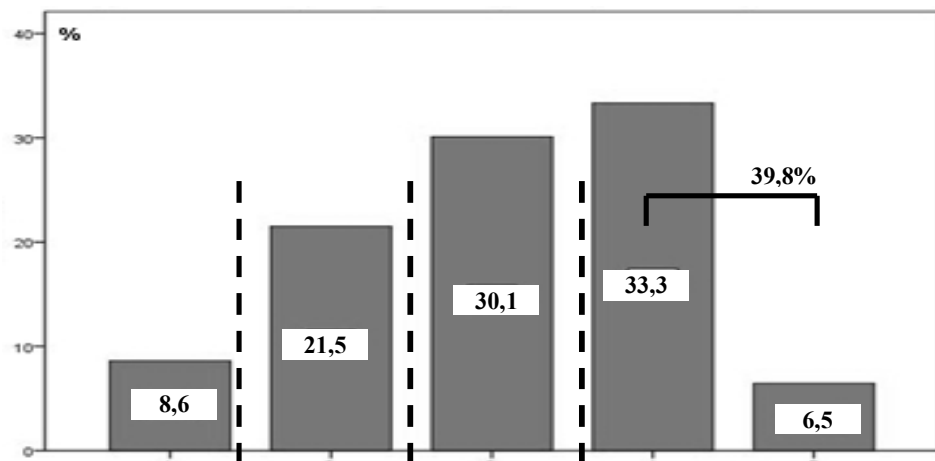
Az 5. ábra szemlélteti, hogy a fizetéssel a dolgozók jelentős része egyáltalán nem elégedett (48,9 %) (n=101, nem válaszolt 7 fő). Az elégedettek, a fizetést jónak találók aránya összesen 15,9%.



(1=Elégedetlen vagyok, 2=Megfelel, 3=Nem tudom eldönteni, 4=Jónak találok, 5=Elégedett vagyok)

6. ábra: A munkakörülményekkel való elégedettség mértéke. (n=101)

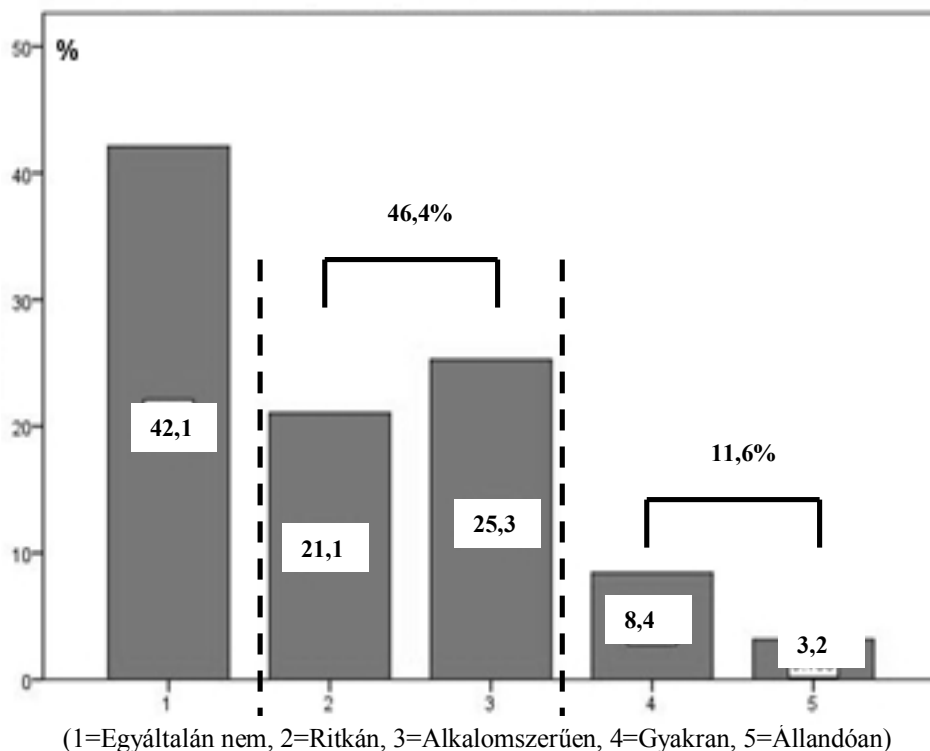
A munkakörülményekkel kapcsolatos elégedettség is erőteljesen megoszlik, a többség (31,3%) jónak értékelte és elégedett (8,3%). Ez összesességében 39,6%. 14,6% pedig inkább nem elégedett (6. ábra) (n=101, nem válaszolt 5 fő).



(1=Elégedetlen vagyok, 2=Megfelel, 3=Nem tudom eldönteni, 4=Jónak találok, 5=Elégedett vagyok)

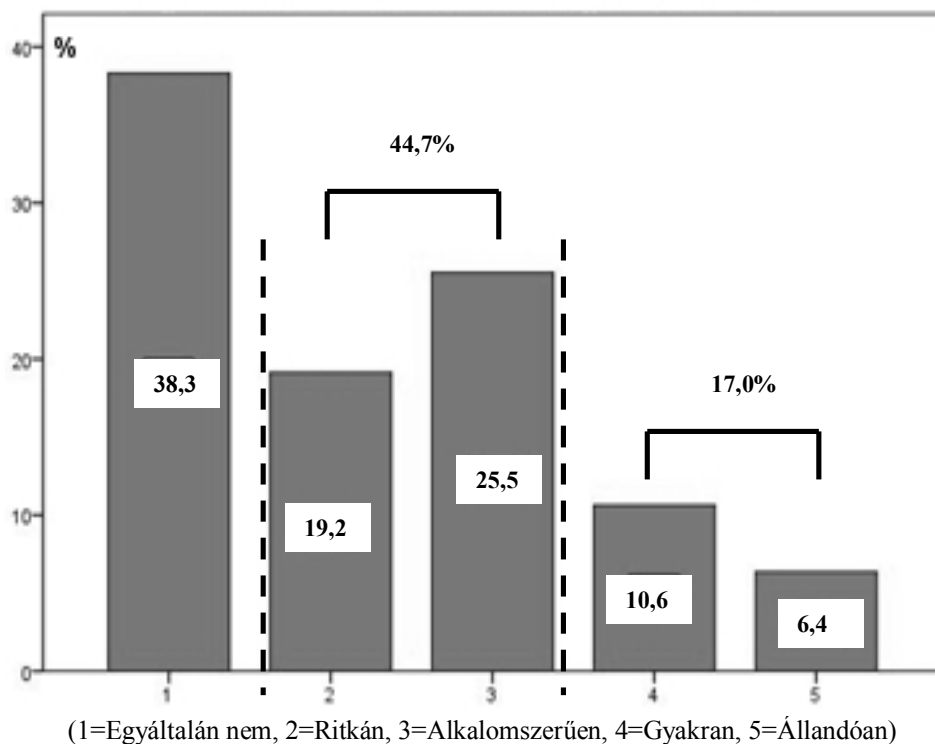
7. ábra: A fejlődési lehetőségekkel való elégedettség mértéke. (n=101)

A fejlődési lehetőségekkel a megkérdezettek 33,3%-a elégedett volt, 8,6% pedig nem elégedett (7. ábra) (n=101, nem válaszolt 8 fő).



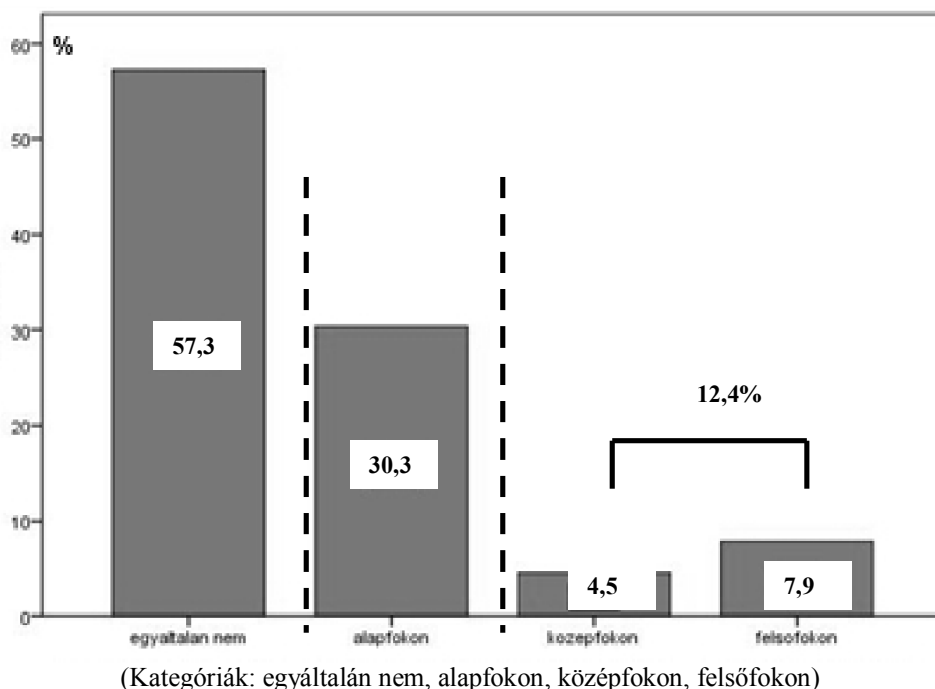
8. ábra: A pályaelhagyás gondolatának arányai. (n=101)

Arra a kérdésre, hogy „az elmúlt 6 hónapban gondoltál-e arra, hogy az egészségügyön kívül, más szakmában helyezkedsz el?” a válaszadók 42,1%-a az egyáltalán nem, 8,4%-a a gyakran, 3,2%-a az állandóan választ adta (8. ábra). Azok aránya, akik fejében már megfordult (legalább ritkán) a pályaelhagyás összességében majdnem hatvan százalék (!) (58%). (n=101, nem válaszolt 8 fő).



9. ábra: Pályaelhagyásra való buzdítás mértéke (n=101)

Az elmúlt 6 hónapban (tanártársak, kollégák, ismerősök által) az ápolóképzés elhagyására buzdítás előfordulása az alábbiak szerint alakult: 38,3% egyáltalán nem, 19,2% ritkán, 25,5% alkalomszerűen, 10,6% gyakran, 6,4% állandóan (9. ábra) (n=101, nem válaszolt 7 fő). Az ábra szemlélteti az ápolókat érő migrációs külső nyomást. Hatvan százalék feletti (61,7%) azoknak az aránya, akiket valamilyen módon (legalább ritkán) érint a migráció sugallata.



10. ábra: Nyelvtudás a megkérdezettek körében. (n=101)

Legalább egy európai idegen nyelvet (angol, német, francia, olasz, spanyol, orosz) a válaszadók alapfokon 30,3%-a középfokon 4,5%-a, felsőfokon 7,9%-a beszél. A válaszadók 57,3% egyáltalán nem beszél idegen nyelvet (10. ábra).

Elégedettségi vizsgálatok a munkavállalók körében. A kérdőív hat kérdése a jelenlegi munkahelyen

- a fizetéssel,
- a kollegiális kapcsolatokkal,
- a munkakörülményekkel,
- a munkaszervezési viszonyokkal,
- az egyéni fejlődési lehetőségekkel,
- a pálya megbecsültségével (anyagi és erkölcsi)

kapcsolatos elégedettségre közvetlenül kérdezett rá. A válaszok 1-től 5-ig adtak lehetőséget az értékelésre (1 = nem vagyok elégedett / elégedetlen; 2 = megfelel; 3 = nem tudom eldönteni / tanácstalan; 4 = jónak találom; 5 = elégedett vagyok).

Az vizsgált két intézményben (Jósa András Oktatókórház két intézményrésze) a mintanagyság $n = 101$ fő volt.

A fizetéssel való elégedettség kérdése esetén a válaszadók majd 50% - a (48,98 %) az 1-es választ jelölte meg (teljes elégedetlenség). A többi válaszlehetőség sorba egyre kisebb arányt képviselt – az elvártaknak megfelelően (2 – 21,8 %; 3 – 13,88 %; 4 – 13,83%; 5 – 2,12 %). A mintaátlag 1,88 (95 % CI 1,63 – 2,13; szórás 1,13).

A kollegialitás legjellemzőbb válaszáértéke a 4-es válasz (jó – 47,25 %). Ezt követi a 3-as (20,88 %) és a 2-es (16,48 %) válaszkategória. Elégedett (5-ös válasz) 14,29 %; nem elégedett (1-es válasz) 1,10 %. A mintaátlag itt 3,60 (95 % CI 3,39 – 3,91; szórás 0,95).

A munkakörülmények értékelésekor a legtöbbször a 4-es érték lett megjelölve (31,25 %); majd a 2-es (23,96 %). Ennél a kérdésnél a vélemények eloszlása elég egyenletesen alakult (1-es 14,58 %; 5-ös 8,33 %; 3-as 21,88 %). A mintaátlag 2,95 (95 % CI 2,69 – 3,22; szórás 1,21).

A munkaszervezésnél egyértelmű a pozitív jelzés: 4-es válasz 52,63 %; 5-ös válasz 18,95 %. E két lehetőség együttesen 71,58 %-ot jelent. A kérdésre adott válaszok átlaga 3,12 (95 % CI 2,89 – 3,35; szórás 1,06).

A pálya megbecsülésére várt gyenge értékelés beigazolódott. Legnagyobb arányú ez 1-es válasz volt (38,95 %). A 2-es válasz aránya 30,53 %; a 3-as válasz 22,11 %. A 4-es és 5-ös válasz együttesen csak 6,32 % + 2,11 % = 8,43 %! A válaszok átlaga 2,09 (95 % CI 1,85 – 2,32; szórás 1,07).

Mindezen válaszok az előző fejezetben már bemutatott eredményeket tükrözik.

A leíró statisztikai rész után a kérdések csoportosíthatósága került előtérbe. A cél a hat kérdés minél kevesebb változóba való összevonhatóságának elemzése volt (a legtöbb információ megtartása mellett). Erre a faktoranalízis (főkomponens elemzés, az SPSS menüpontjai szerint) módszere az egyik lehetséges eljárás. A hat kérdést az analízis két részre osztotta (Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy; KMO = 0,723; Bartlett's test of sphericity $p = 0,000$). A legkisebb Extraction együttható értéke 0,436-nak (munkakörülmények); a legnagyobb 0,774-nek (pálya megbecsülése) adódott. Ezek alapján látható, hogy nem kellett a bevont változók közül egyet sem kizárni az elemzés során. A teljes magyarázott variancia (az összevonás után megmaradó információarány) a két komponenssel együtt 61,57 %. A számítások során a Varimax eljárás került alkalmazásra.

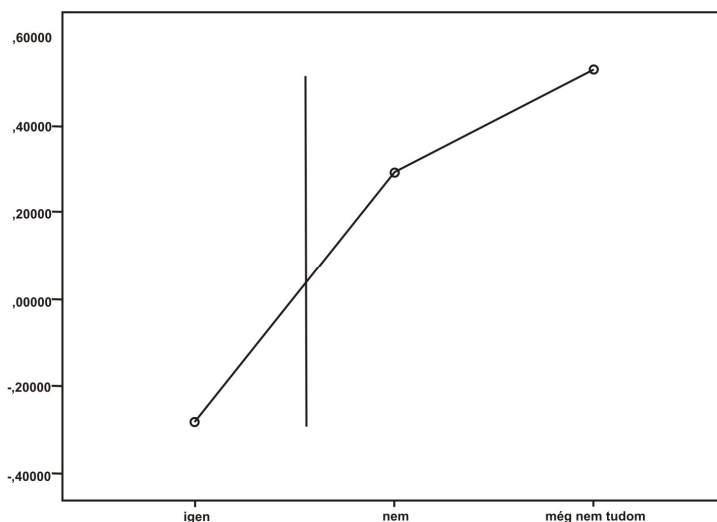
Az eredményeket tekintve az első komponens az ápolói pálya megbecsülését, a fizetés és az egyéni fejlődési lehetőségeket vonta össze. Tekinthető ez az **elismérés és karrier** komponensének (**karrier komponens**). A második komponens a kollegiális kapcsolatokat, a munkaszervezési viszonyokat és a munkakörülmé-

nyeket kapcsolta egybe. Ez tekinthető a **munkakörülmények és munkakapcsolatok** komponensének (**munka komponens**).

A további részletek feltárása céljából a mintaegységekre vonatkozóan kiszámításra kerültek a két komponens egyedi értékei, amelyek lehetővé tették annak a hipotézisnek a vizsgálatát, hogy az előzetes tanulmányok elszámolhatóságának lehetősége, mint információ (tud róla / nem tud róla) nem bontja ketté a mintát. A beszámíthatóságot ismerők és nem ismerők nem különíthetők el. Ez a hipotézis ellenőrző jellegű kérdésként került vizsgálatra. A feltevés a vártakkal összhangban ténylegesen igazolódott. Az előzetes tanulmányok beszámíthatóságát ismerő csoport és a nem ismerő csoport karrier - és munka komponens átlaga nem tért el szignifikánsan egymástól. Az alkalmazott kétmintás t-próba szignifikancia értéke a karrier komponens esetén $p = 0,896$; a munka komponens esetén $p = 0,323$. Ellenőrzésként a megfelelő nem-paraméteres Mann-Whitney próba szignifikancia értékei rendre $p = 0,896$ és $p = 0,084$.

Ezt követően az elemzés a jelentkezési szándék elemzésével (jelentkezne-e rövidített képzésre: igen; nem tudom; nem) folytatódott. Kérdésként a két komponens szerepének hatása került vizsgálatra a jelentkezési szándékkal kapcsolatban. Az elemzés kezdetekor olyan modell alkotta a kiindulópontot, amely szerint a karrier komponens lesz a meghatározó tényező a jelentkezési szándékban; a munka komponens viszont semleges marad.

A vizsgálatok viszont éppen az elvártak ellenkezőjét mutatták. A három jelentkezési csoportban (igen, bizonytalan, nem jelentkezne) a karrier komponens átlagai nem különböztek (egyszempontos varianciaanalízis; ANOVA, $p = 0,916$; Kruskal-Wallis próba $p = 0,876$). Ezzel szemben a munka komponens esetén az adódott, hogy a bizonytalanok esetében (nem tudja, hogy jelentkezne-e a rövidített képzésre) a komponensátlag szignifikánsan magasabb (egyszempontos varianciaanalízis ANOVA; $p = 0,006$; Bonferoni teszt). Azt találtuk tehát, hogy a munkakörülményekkel elégedettebbek (nagyobb komponensátlag) statisztikailag kimutatható módon inkább nem akarnak továbbtanulni (11. ábra – Means Plot). Az elégedetlenebbek inkább vállalnák a továbbtanulást. Ugyanezt az eredményt kaptuk a nemparaméteres vizsgálatokban is (Kruskal-Wallis teszt $p = 0,005$).



11. ábra: A munkakomponens átlagai a különböző jelentkezési szándékú csoportokban.

Árnyaltabb és más szemléletmódú kép alakítható ki a bevont kérdések szerepének elemzésére, ha bináris logisztikus regresszióval az eredeti hat elégedettségi változó kerül elemzésre. Ehhez első lépésben a háromértékű továbbtanulási szándékot jelző változót kétértékűre kell átkódolni (az előző ANOVA elemzésre építve az új kódolás: 1 = igen; 2 = nem, még nem tudom), majd ezután kétértékű változóra alkalmazni a bináris logisztikus regresszió eljárását, bevonva a hat elégedettségi változót. A modell helyességét igazoló paraméterek: Cox & Snell R square = 0,241; Nagelkerke R square = 0,329; Hosmer and Lemeshow test $p = 0,324$; Overall percentage 76,7 %. Szignifikáns hatásúnak a *kollegiális magatartás* ($p = 0,026$; $\text{Exp}(B) = 2,317$; 95 % CI 1,105 – 4,860) és a *munkakörülmények* ($p = 0,013$; $\text{Exp}(B) = 2,205$; 95 % CI 1,184 – 4,107) adódtak. Ezt a két kérdést az előző főkomponens elemzés egy komponensbe sorolta. Az eredmény itt is azt jelzi (az eljárás technikai átkódolása szerint az igen 0, a nem 1-es kódolású továbbtanulás szempontjából), hogy mind a kollegiális magatartás, mind a munkakörülmények magasabb értéke a továbbtanulás ellen hat.

Határesetként fogható fel az előző komponens-elemzés másik elemének egy tagja – az *anyagi és erkölcsi megbecsültség* változója. A bináris logisztikus regresszió paraméterei ezzel kapcsolatban: $p = 0,053$; $\text{Exp}(B) = 0,488$; 95 % CI 0,236 – 1,009. Ennek értelmezése az, hogy az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya (éppen határesetben) a továbbtanulás mellett érvel.

A munkavállalói oldal véleményének összegzése. A kérdőív kérdéseinek a BSc rövidített képzésre vonatkozó részeit összefoglalva a következők állapíthatók meg.

A képzésben való részvételben a legfontosabb motivációs tényezőként az anyagi boldogulás szerepel. A szakmai fejlődés és az előrelépés lehetősége a második kulcstényező a válaszadók véleménye szerint. Kisebb mértékben játszik közre az új kompetenciák megszerzése, a tanulmányok anyagi támogatása a munkáltató oldaláról és a munkaidő kedvezmény. A család motivációja a legkisebb, mindösszesen 7%.

Visszatartó erőként merül fel legerősebben a tanulmányokkal járó anyagi teher, illetve a nyelvvizsga feltétel kérdése. Ezt követi az a visszatartó tényező, hogy a munkáltató nem támogatja anyagiakban és időben a továbbtanulást, sokszor arra hivatkozva, hogy már megvan a minimumrendelet szerinti létszám (ez a tényező kapcsolódik a motivációs pontokhoz is). Az adott munkahelyen kisebb visszatartó erő a munkáltató helyzetének ismerete (a munkáltató nem akar, nem tud magasabb bért fizetni, illetve nincs szakmai előmeneteli lehetőség a munkahelyen). Felmerülnek még az esetleges családi problémák, mind hátráltató tényezők a tanulmányokkal kapcsolatban. A válaszadók legkevésbé tartanak attól, hogy nem tudnák alkalmazni a megszerzett tudásukat.

Az elégedettségi kérdések alapján az adódott, hogy a jelentkezési szándék a karriertényezők esetén nem különböznek a vizsgált részcsoportokban (egyformán motiváltak, vagy sem a válaszadók); viszont szignifikáns tényezőként lépett fel a *kollegialitás és a munkakörülmények*. Az elégedettségi vizsgálatok során a modell azt várta, hogy erősebben megjelennek az anyagi vonások. A főkomponens elemzés éppen a határon mutatkozó komponensbe sorolta az *anyagi és erkölcsi megbecsültséget* értékelő kérdést. Ennek oka az lehet, hogy a másik két változó hatásában elnyomhatja, csökkentheti az anyagi és erkölcsi megbecsültség tényezőjét. Ezt a feltevést részben igazolja a bináris logisztikus regressziós vizsgálat eredménye is.

Munkáltatói nézőpont

A kérdőíves felmérés az előzőekben rávilágított azokra az érzékenyebb területekre, amelyek a munkavállalói oldal részéről merülnek fel. A munkaadói oldal viszont sokszor más nézőpontot kell kövessen. Számos tényező befolyásolja, korlátozza azokat a „tereket”, amelyben a kórházak, ellátó intézmények igyekeznek mozogni. Kialakulóban van egy erős piaci felfogású verseny az ellátók között, egyre inkább számít a minőség, az ellátás biztonsága, ugyanakkor sok esetben korlátozottak az erőforrások.

Az eredmények munkáltatói oldallal folytatott konzultációs értékelés alapján összefoglalásként, a tények más oldalú megközelítését bemutatva, elmondható, hogy a vizsgálati helyszín, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház (SZSZBMK) menedzsmentje kiemelt hangsúlyt fektet a szolgáltatás biztonsága, a munkabiztonság, és a dolgozói motiváció folyamatos fejlesztésére. Értékként kezeli a munkatársakat, szakmai fejlődésüket, tudományos munkában való részvételüket támogatja. Teszi mindezt úgy, hogy a betegellátás folyamatosságát, biztonságát a képzések miatti dolgozói távolmaradások ne veszélyeztessék. A betegelégedettség növelésére, tevékenységünk hatékonyságának, eredményességének fejlesztésére törekszenek.

A teljesítményértékelési rendszer működtetésével, a képzési és előmeneteli rendszer tervezése objektív módon valósulhat meg. A munkakörök követelményprofilja irányadó a szükséglet-alapú képzéstervezésnél. Ez nem jelenti azt, hogy az egyéni ambíciókat gátolják, ez azt jelenti, hogy az ellátás biztonsága érdekében képzési stratégiát fogalmazznak meg, és prioritásokat határoznak meg a munkatársak új, vagy felsőfokú szakképesítéseinek munka mellett való megszerzésére. Tanulmányi szerződésekkel, erkölcsi-, és anyagi motivációs eszközökkel nemcsak az egyént motiválják, hanem a szervezeti kultúrának a folyamatos fejlesztéséért is tesznek lépéseket. Azon dolgozók, akik csak jövedelemnövelés céljából kívánnak magasabb szakképesítést szerezni, ugyanakkor munkakultúrájuk, nyújtott teljesítményük alapján nem kerülnek be a humánerőforrás-fejlesztési tervbe, saját szabadidejükben, az általuk választott képzésben részt tudnak venni.

Hasonló megközelítés tükröződik sok más munkáltató részéről. Például Szabó [28] előadásában, aki kiemeli, hogy az érvényben lévő jogszabályok és rendeletek természetes módon előírják azt a mozgásteret, amit nem léphet át a munkáltató. Ugyanakkor biztosítani kell az ellátás megfelelő szakmai szintjét, a szakemberek rendelkezésre állását, és a szakmai utánpótlás biztosítását. A szakmai szinten tartás, és az új eredmények elsajátításának egyik lehetséges útja a felsőbb szintű ápolóképzéshez való többoldalú csatlakozás.

Összegzés

A két nézőpont (munkaadó és munkavállaló) összevetéseként leszögezhetjük, hogy az igény az OKJ-s képzettséggel rendelkező ápolók továbbképzésére megvan. Mind a munkavállalók, mind a munkáltatók érdekeltek a szakmai fejlődés közvetítésében. A két oldal szinkronizálása, összhangba hozása jelenti azt az egyensúlyt, ami előre mozdítja a kérdéskört. Mindezek figyelembe vételével igyekeznek kialakítani képzéseit a nyíregyházi Egészségügyi Kar.

Megállapítható az, hogy van igény az egészségügyben az OKJ képzésben jelenleg tanuló és az OKJ képzettséggel már rendelkező ápolók részéről egy rövidített időtartamú BSc ápolóképzésre. Erre leginkább a levelező tagozat esetében nyílik reális lehetőség. Ennek kidolgozásán a kar jelenleg dolgozik. Várhatóan a 2014/15-ös tanévtől elindul a korábbi egyéni tanulmányok és a munkatapasztalat beszámíthatóságát vizsgáló validációs rendszer; és ennek döntéseit alkalmazhatja a rövidített idejű BSc ápoló alapképzés. Az új képzésekben is figyelembe kell venni az egészségpolitika tendenciáit, a munkáltatói igényeket.

Végezetül meg kell említenünk azt a bemutatott kutatással egy időben zajló párhuzamos országos folyamatot, amelynek alapjai az 1229/2012. (VII. 6.) és 1004/2011. (I. 14.) Kormányhatározatok. [29][30] Ezek rögzítik azt, hogy a magyar képesítések besorolását az MKKR (Magyar Képesítési Keretrendszer) szintjeinek megfelelően végezzék el az érintettek, valamint készítsék elő az MKKR-nek az Európai Képesítési Keretrendszer szintjeivel történő megfeleltetésére vonatkozó javaslatot is.

A TÁMOP 4.1.3. Felsőoktatási szolgáltatások rendszerszintű fejlesztése, 2. ütem című részprojekt kapcsán a projekt első szakaszában kidolgozott felsőoktatási szintleírások és a felsőoktatási képesítések kimeneti leírásainak összehangolása megtörtént.

Ezzel párhuzamosan történik az említett validáció rendszerének kialakítása is a magyar felsőoktatásban. Amennyiben ezek a kérdések lezárulnak, sokkal nagyobb lehetőség lesz a képzések közötti átjárhatóság megvalósítása a gyakorlatban is.

Felhasznált irodalom

1. Balogh Z., Csóka M., Gyulai T., Nosza M., Simkó K., Sövényi F.: Ápolástani alapismeretek. Főiskolai jegyzet, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2012.
2. Piczil M., Pikó B.: Az ápolás mint hivatás - magatartástudományi elemzés. JATEPress, Szeged, 2012.
3. Csetneki J.: Ápolók kritikus helyzetben. Hivatásunk: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja, 2008, 2. 4-5.
4. Németh A., Lampek K., Betlehem J.: Munkaelégedettség és jól-lét alakulása ápolók körében. Nővér, 2014, 2. 11-18.
5. Nagy E.: Egy segítő foglalkozás képviselőinek pályaképe a kiégés szempontjából. Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem BTK, 2007.
6. Kovácsné, T. Á., Feith, H., Balázs, P.: A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyása. Nővér 2004, 17. (6), 9-13.

7. Cseresnyés F.: Migrációs potenciálok és trendek Európában. Regio: kisebbség, politika, társadalom, 1996, 4. 19-46.
8. Kovácsné R. I. (2005): Mindenütt jó, de hol a legjobb? Munkaerő-áramlás az Európai Unióban. ETInfo: az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet információs lapja, 1. 21-23.
9. Eke E., Girasek E., Szócska M.: Migráció a magyar orvosok körében. Statisztikai szemle, 2009, 7-8. 795-827.
10. Sándor J.: Migráció: aki marad, arra még nagyobb teher hárul. Kórház, 2011, 7-8. 12-13.
11. Ládonyi Zs.: Migránsok lelki egészségét befolyásoló tényezők vizsgálata elsőgenerációs németországi magyarok körében. Acta Sociologica: pécsi szociológiai szemle: szociológiai tudományos szemle, 2013, 1. 137-148.
12. Galambos A.: Menni vagy maradni? – munkavállalási lehetőségek az Európai Unióban a csatlakozás után. ETInfo: az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet információs lapja, 2005, 1. 6-8.
13. Szkrajcsics D.: A migráció jelentősége az ápolók körében. ETInfo: az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet információs lapja, 2005, 1. 16-19.
14. Vízvári L.: „Népvándorlás” a XXI. században az egészségügyi dolgozók körében. Egészségügyi gazdasági szemle, 2003, 1-2. 38-41.
15. Vízvári L.: Mozaikok az egészségügyi dolgozók migrációjához. ETInfo: az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet információs lapja, 2010, 11. 2-4.
16. S. Ujvárine; M. Zrínyi, H. Tóth; I. Szögedi; I. Rimar, R. I. Zékányné; J. Betlehem: The role of faculty and clinical practice in predicting why nurses graduate in Hungary: Nurse Education Today, 2011, V. 31. N.1., 94–101.
17. Ujváriné S. A.: Az ápolói mobilitás kérdései. az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet információs lapja, 2011, 3. 2-4.
18. S. Ujváriné, M. Zrínyi, H. Toth, I. Szogedi, I. R. Zekanyne, J. Betlehem: Intent to stay in nursing: internal and external migration in Hungary. Journal of Clinical Nursing, 2011, Mar; 20(5-6): 882-891.
19. S. Ujváriné, P. Takács, M. Zrínyi, K. Papp, L. D. Hajduné, S. Radó, V. Törő, A. Sárváry: Examination of nursing professional development and career motivation image in Hungary. In: Ivana Bóriková, Ivan Farský, Katarína Žiaková (szerk.), Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve: Zborník abstraktov. 2014. pp. 140-141. ISBN:978-80-89544-69-1.
20. Takács P., Ujváriné S. A.: Ápolók pályaelhagyásának és migrációjának további statisztikai elemzése. Acta Medicinae et Sociologica 2011, 2:(1) pp. 33-47.
21. Németh A.: Az egészségügyi szakdolgozók munkaelégedettségét befolyásoló tényezők. Nővér, 2013, 4. 27-31.

22. Girasek E., Csernus R., Eke E., Ragány K.: Migráció az egészségügyben. *Magyar Tudomány*, 2013, 3. 292.
23. Zrínyi M., Zékányiné R. I., Tóth H., Siket A.: Időzített bomba? Pályaválasztás és elvándorlás. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2007, 45. (1): 39-43.
24. Piczil M., Pikó B.: „Nem tudok és nem is akarok mást csinálni.” Diplomás ápoló hallgatók pályaeorientációjának és pályaképének vizsgálata, *Nővér*, 2013; 26(4).
25. A külföldi munkát vállaló magyar orvosok és ápolók száma (2009-2012). *Egészségügyi Engedélyezési Közigazgatási Hivatal*, 2014.
26. Cseri L.: Az ápolói rang elvesztése és visszaszerzése, *Nővér*, 2002, 15 (5), 13-17.
27. NEXT Scientific Report July 2005, Edited by Hans-Martin Hasselhorn Bernd Hans Müller Peter Tackenberg University of Wuppertal, NEXT-Study Coordination. A research project funded by the European Commission (QLK6-CT-2001-00475) coordinated by the University of Wuppertal, www.next-study.net letöltve: 2015. 04. 01.
28. Szabó B. Z.: Elvárások munkáltatói szemmel. Konferencia előadás, Magyar Ápolási Egyesület, I. Országos Kongresszusa, 2011.10.14-15. Elérhető: www.kmcongress.com/eloadasok/mae2011/szabo_bakos_zoltanne.pdf Letöltve: 2015.04.01.
29. A Kormány 1229/2012. (VII. 6.) Korm. határozata a Magyar Képesítési Keretrendszer bevezetéséhez kapcsolódó feladatokról, valamint az Országos Képesítési Keretrendszer létrehozásáról és bevezetéséről szóló 1004/2011. (I. 14.) Korm. határozat módosításáról. Elérhető: http://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/LLL/mkkr/1229_2012_kormanyhatározat.pdf Letöltve: 2015. 04. 01.
30. 1004/2011. (I. 14.) Korm. határozat az Országos Képesítési Keretrendszer létrehozásáról és bevezetéséről. Elérhető: http://www.oktatas.hu/LLL/kepесites_i_keretrendszer/mkkr/jogszabalyok Letöltve: 2015. 04. 01.

Köszönetnyilvánítás

A hallgatói létszámadatokat a DEEK Tanulmányi Osztály gyűjtötte ki számunkra. Köszönjük segítségüket. Köszönetet fejezzük ki a SzSzB Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház vezetésének a kérdőívek kiosztásának engedélyezéséért és a kutatás szakmai támogatásáért.

Ujváriné Dr. Siket Adrienn főiskolai docens, ápolás mesterképzés felelős. 1997-ben szerzett diplomás ápolói főiskolai oklevelet, majd 2000-ben pedagógia szakos tanári oklevelet és közoktatási vezetői-, 2003-ban egészségfejlesztési szakember végzettséget. 2007-től a PTE Egészségtudományi Doktori Iskolájának hallgatója, itt 2011-ben végzett, értekezésének témája: Pályaválasztás és elvándorlás. Ápoló hallgatók a felsőoktatásban és a munkaerő-piacon. 1997 óta a DOTE EFK, Diplomás Ápoló Szakán Gyulán, majd 2000-től a DE EK –n Nyíregyházán dolgozik oktatóként, jelenleg az ápolás mesterképzés felelőse. Emellett az Országos Alapellátási Intézetben 2004 óta szakmai referens, koordinátori tevékenységet lát el a körzeti közösségi ápolói területen. Kutatási területei: Az ápolók képzési rendszerei, kompetenciái, pályaképe, a pályaelhagyás és a humán erőforrás utánpótlás kérdései. Az ápolók feladatai a népegészségügyi problémák megoldásában, a közösségi ápolás fejlesztése, egészség-tanácsadás.

Dr. Takács Péter statisztikus, főiskolai docens, DE-EK minőségügyi vezető. 2010-ben szerezte meg doktori fokozatát kriptográfiai protokollok formális ellenőrzése témakörben. Kutatási témakörei jórészt kapcsolódnak oktatási munkájához: statisztikai modellezés, biostatisztika, biometria; Rough Set Theory (RST); kutatómódszertan; kriptográfia, protokollok, hálózatbiztonság; programozási nyelvek.

Dr. Zrínyi Miklós

Diplomás ápolóként végzett a Haynal Imre Egészségügyi Főiskolai Karon, majd dialízis szakápolóként dolgozott 1995-ig. Felvételt nyert a clevelandi székhelyű Case Western Reserve Egyetem ápolási fakultásának doktori iskolájába, ahol 1999-ben doktorrá avatták. Dolgozott az Egészségügyi Világszervezet koppenhágai és genfi központjában, több mint 40 publikáció szerzője, jelenleg a DE Egészségügyi Karán vendégoktató. Fő munkahelye a Teva Gyógyszergyár Zrt.

Hajdúné Demcsák Livia Gyakorlati oktató

2008 -ban szerzett Ápolói oklevelet, 2010 –ben a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségügyi Szociális Munka Mesterszakát végezte el, 2010 –ben Egészségfejlesztő Mentálhigiénikus diplomát szerzett a Nyíregyházi Főiskolán. 23 éve tevékenykedik az egészségügyben, számos szakmai tapasztalatot szerzett eddigi munkái során. 2012. decemberétől a Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar Oktatójaként dolgozik.

Radó Sándorné Gyakorlati oktató

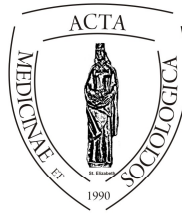
21 éve tevékenykedik az egészségügyben, fő területe a pszichiátriai szakápolás. 2004-ben Bsc, 2012-ben Msc. ápoló oklevelet szerzett. 2012-től dolgozik a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán gyakorlati oktatóként.

Dr. Sárváry Attila Főiskolai tanár

A társszerző a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar főiskolai tanára, az Ápolástudományi Tanszék vezetője. Szakterülete a népegészségügy, ezen belül elsősorban a kisebbségek és migránsok egészségi állapotával és a gyermekek egészségmagatartásával foglalkozik.

UNIVERSITY
OF DEBRECEN

FACULTY OF
HEALTH
NYÍREGYHÁZA



ACTA
MEDSOC
VOLUME 6.
2015

A természetes szociális védőháló vizsgálata egy nyíregyházi alapítvány klienskörében

Virág Ádám

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar,
Szociális Munka és Szociális Gazdaság mesterszak

Absztrakt. A vizsgálatom egy szűk társadalmi réteget céloz meg. Egy nyíregyházi alapítvány családsegítő szolgálatához forduló klienskör egyéni kapcsolati hálójának (egocentrikus network), és ebből következő makrotársadalmi integrációjának mérését végeztem félig strukturált interjúk készítésével. Azt vizsgáltam, hogy az egyén társadalmi struktúrában elfoglalt helye (életkor, lakhely, foglalkozás, jövedelmi viszonyok) hogyan alakítják kapcsolatrendszerét.

Leszögezem, hogy a munkámban megjelennek szubjektív elemek, hiszen ebben a témában hasonló jellegű felmérések nem jellemzőek a segítő szakmában. A korábbi Nyíregyháza Életminősége¹ című kutatás adataiból kiindulva a kapcsolati háló sajátossá-

¹ A Nyíregyházi Polgármesteri Hivatal Szociális Osztálya és a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának Társadalomtudományi Tanszéke 2008-ban indította a Háztartáspanel elnevezésű kutatássorozatot. Célja a városlakók életminőségének folyamatos figyelemmel kísérése, a változások elemzése és bemutatása. A kutatási program nemzetközi és hazai mintákon alapul, mely az ún. háztartáspanel módszertanát követi. Ennek lényege, hogy elsődlegesen a városi háztartásokról gyűjt információkat, másodsorban a háztartástagok meghatározott jellemzőiről. Sajátossága, hogy azonos lakossági mintán,

gait térképeztem fel. Célom volt, hogy a segítőknek olyan információkat nyújtsak, amelyekkel a klienskörük kapcsolati hálóját erősíteni tudják. A kérdések a rokoni, baráti találkozások gyakoriságára, a foglalkozásra, klub vagy szervezeti tagságra irányultak. A munkahelyen vagy annak hiányában fellépő érzéseket, a munkahelyi kapcsolatokat, a munkahelyszerzés egyéni lehetőségeit is érintettem. Az utolsó blokkban pedig a szabadidő - eltöltésre, illetve az iskolában kötött baráti kapcsolatok intenzitására fókuszáltam. Fontosnak tartottam megvizsgálni, hogy egy szociálisan hátrányos helyzetben élő ember kapcsolati hálója mennyiben tér el az átlagos nyíregyházi felnőttekétől.

Vizsgálatom eredménye: a társas támogatás alakulásának formája a hátrányos helyzetben élő emberek esetében változó képet mutat, a közeli és erős kapcsolatok (családtagok) kezdenek kifogyni az adható támogatásokból, ezáltal esetükben nem ők jelentik elsősorban a társas integráció útját.

Kulcsszavak: egyéni kapcsolati háló, integráció, rokoni kapcsolatok, baráti kapcsolatok, szolidaritás

Abstract. My study targets a narrow segment of society. With the help of semi-structured interviews I surveyed the personal social networks (egocentric networks) of the clientele of a Nyíregyháza based family support foundation, and the extent of their macrosocial integration arising as a result of said networks. I analysed how social networks are shaped by social standing and position within the frame of society (i.e. age, place of residence, occupation, and income).

I must point out that my work is not without its subjective elements, as similar studies of this topic are not typical in the profession. Basing my work on the data of a previous study, titled Quality of Life in Nyíregyháza I, I aimed to map the characteristics of social networks. My goal was to provide social workers with information with which they can help their clientele in expanding their social networks. The interview questions asked about the frequency of visits to friends and family, about employment status, and about membership in clubs or other organisations. I also touched upon feelings regarding their occupation or, in cases, the lack of thereof, as well as workplace relationships and the individual chances of finding employment. In the final section, I focused on free-time activities and on the intensity of friendships created during the school years. I believed it to be important to survey how the social networks of a socially disadvantaged individual differ from the social networks of an ordinary adult in Nyíregyháza.

Results of my study: the nature of supportive social relationships is undergoing a change in the case of the socially disadvantaged; close and intense relationships (family members) are starting to become less and less able to provide support, thus they are not the primary support for social integration in these cases.

Keywords: egocentrikus network, integration family relationships, friendships, solidarity

azonos kérdőívvel próbálja feltárni a változásokat, úgy, hogy a kérdezők ugyanazokat a háztartásokat keresik fel meghatározott időközönként.

Bevezetés

„Nem jó az embernek egyedül lenni” (I. MÓZES, 2:18) – ez a Bibliából származó több ezer éves kijelentés ma is aktuális. Az emberi élet változások sorozata, de az a törekvés, hogy mindannyian emberek közé vágyunk, velük szeretnénk kommunikálni és interakcióba lépni, állandó.

Egy jól működő társadalom egyik legfontosabb értéke a pozitív társas kapcsolatok rendszere, hiszen ez az alapja bármilyen közösségnek, szervezetnek, csoportnak, osztálynak vagy kisebb-nagyobb összejövételnek. Ugyanakkor természetesen védelmi hálót nyújt a benne lévő személyeknek, tagoknak. Az ember belső készítése (szükséglete), hogy társaságban, közösségben éljen, hiszen „az ember társas lény”, mint mondják... Biztosan kijelenthetjük, hogy a társadalom elsősorú közössége a család. A szocializáció elsődleges színtere, hiszen a társadalomban az emberek túlnyomó többségét a születésétől a haláláig családi kapcsolatok veszik körül. Ez az alapja és meghatározója a társadalomban zajló pozitív és negatív emberi kapcsolatoknak.

Jelentős változások mentek végbe a társadalomban, ezen belül pedig a kisebb-nagyobb csoportokban, közösségekben. Az informális csoportok jelentősége csökkent ezzel szemben nagymértékben megnőtt a formálisaké. A különböző közösségi alkalmak szervezésében, kapcsolatteremtésben nehézségekkel kellett szembenézniük a szervezőknek. Ez azért is van így, mert a rohanó világban egyre nehezebben lehetett és lehet megszervezni egy csoportot, ennek okán a csoportokkal végzett munkaforma nagy jelentőséget kapott a szociális munkában is (Soós, 2005). Magyarországon a családszerkezet felbomlásával, a nők munkába állásával az úgynevezett Arany János-féle Családi kör modellje megváltozott. Sok helyen a nők szerepe hangsúlyosabb lett, a nők vették át az irányító, család-összetartó szerepet. Ez főleg érzékelhető volt az első világháború időszakában (Bagyinszki, 2007).

A családszerkezet azonban ma is jelentős változáson megy át. Magyarország népességének száma 1980-tól folyamatosan csökken, viszont a globális világban a túlnépesedés a jellemző. „A KSH legfrissebb adatai szerint 2010 végére a népesség száma tízmillió alá esett. Ez azt jelenti, hogy az elmúlt 30 év alatt több mint 700 ezerrel csökkent Magyarország lakossága. E kedvezőtlen változással párhuzamosan csökkent a házasságok, és emelkedett a válások száma. Mind a házasságkötések, mind pedig az első gyermek vállalása fokozatosan kitolódik a későbbi életkorra. Ugyanakkor emelkedik az együttélések és az ilyen párkapcsolatból született gyermekek száma. Mindez a család intézményének válságát jelzi.” (Batár, 2011: 704). Ez negatív hatással van a magyar társadalom működésére, hiszen a probléma velejárója, hogy a szolidaritás erőssége jelentősen csökken.

Fran Newman (2004) is rámutatott arra, hogy a „megbomlott harmóniájú” családokban nevelkedő gyermekek valamennyien szenvednek. A családi élet okozója, egyben színtere is a megélt kríziseknek, mint a családon belüli erőszak, egy közeli hozzátartozó halála vagy súlyos, életminőséget megváltoztató betegsége. Ugyanakkor a szülők válása, alkoholizmusa, a rossz szociális helyzet, a negatív társadalmi megítélés, kirekesztés mind komoly hatással vannak a gyermekek jövőbeni fejlődésére és magatartására.

„A minősítő, szociális válaszmélet (labelling theory) képviselői abból indulnak ki, hogy az ember - lévén nem tárgy - magatartásával válaszol az őt érő kényszerekre, impulzusokra, a szociális kontroll (intézményi, családi, szomszéd-sági, stb.) olyan torzulásaira, amelyek nagyon sok embert indítanak el és erősítenek meg a deviáns karrier útján... A családot interaktív közösségnek tekintem. Belső világában, intimszférájában és a közvetlen vagy távolabbi kapcsolatrendszerben egyaránt. Itt tanulja meg az ember, hogy mit jelent szeretetet, gyengédséget, törődést, menedéket adni, kapni, itt lesheti el az egymáshoz való igazodás fortélyait, a lehetséges konfliktusok humánus kezelését, jó esetben a közös élet felelősségét, a szolidaritást, az önzetlenség ízét, szépségét” (Hanák 1998: 230).

Általában az egyéni kapcsolati hálóról

A kapcsolati hálókból lévő kötéseknek két nagy típusát különböztethetjük meg: erős illetve gyenge kötések (Granovetter 1973). „Az erős kötésekhez soroljuk általában a közeli családtagokat (szülők, házastárs, gyerekek, testvérek) illetve a barátokat. Azok, akik sok erős kötéssel rendelkeznek, sűrű kapcsolati hálót mondhatnak magukénak, ahol szinte mindenki ismer mindenkit. Ezek a hálók multiplexek, azaz egy-egy kapcsolat többféle szerepet is betölt, többféle feladatot is ellát, ezen kívül homofil kapcsolatok jellemzőek, azaz a hálóbeli tagok sok tekintetben hasonlítanak egymásra (pl.nem, kor, iskolai végzettség). Az erős kapcsolatoknak kicsi az úgynevezett híd szerepe, tehát elsősorban a mikrotársadalmi integrációt segítik elő.... A gyenge kötésekhez általánosságban a szomszédokat, ismerősöket, régebbi osztálytársakat, tanárokat stb. soroljuk. A gyenge kötések szerepe a híd funkciójukban áll, ami azt jelenti, hogy ezek a kötések képesek a makrotársadalmi integrációt elősegíteni azáltal, hogy különböző társadalmi csoportokat tudnak összekötni” (Huszi 2012:156).

A természetes szociális védőháló és a támogató rendszerek hatásával illetve a családokra gyakorolt befolyásával már a hetvenes évek óta foglalkozik az amerikai és a nyugat-európai társadalomtudomány. Nemzetközi viszonylatban Fowler s

Christakis és Fowler² is nagy visszhangot kiváltó közleményükben nem kevesebbet állítottak, mint hogy a boldogság társas kapcsolatok útján terjed. Mivel az ember társas lény, a társadalom nem csak hogy létezik, de a létezése elkerülhetetlen, és minden embert többféle módon befolyásol a társadalom egésze és a hozzá tartozó csoportok és személyek. Ebből következik, hogy az egyének jellemzőinek (például a viselkedésüknek és az egészségüknek) a megértéséhez szükségesek olyan módszerek is, amelyekkel az emberek közötti társas kapcsolatok tanulmányozhatók. Egyik ilyen módszer a társas hálózatok elemzése. Leegyszerűsítve, a hálózatkutatók megkérdezik a vizsgálat résztvevőit, hogy kiket ismernek, majd megállapítják, hogy kik ismerik egymást, és ezzel vizuálisan ábrázolják és mennyiségileg elemzik a személyek közötti és körüli hálózat szövedékét. Christakis és Fowler vizsgálata több szempontból is jól van kivitelezve. Először is, az adatgyűjtéskor nem a boldogság és a társas hálózatok meghatározása volt a cél. Ezért az adatokat nem torzította a kutatók ilyen irányú törekvése, sem a résztvevők törekvése arra, hogy társadalmilag kívánatos válaszokat adjanak (például hogy ne sértésük meg ismerőseiket azzal, hogy nem említik őket, vagy bizonyítsák, hogy olyan emberekkel állnak kapcsolatban, akikkel „illik”). Amint Utasi 1991-es tanulmányából kiderül, Magyarországon a nyolcvanas években végzett nemzetközi kapcsolatrendszer-vizsgálat adatai szerint erős családi-rokonsági kötelékek segítettek a megélhetést, és az egyéni biztonságot. A családi együttműködés intenzív volt. Összességében a nyolcvanas években az erős kapcsolatokból szőtt hálók segítségével a társadalmi szolidaritás rendkívül jól működött (Utasi 1991).

„Viszonylag legnagyobb számban a nyolcvanas évek második feléből állnak rendelkezésre kutatási eredmények, és ezek egy része nemzetközi összehasonlításra is lehetőséget nyújtott. Az 1986-as ISSP „social network”-vizsgálat megállapításai szerint (Utasi, 1990) a projektben részt vevő nyugati országokhoz képest Magyarországon sokkal pregnánsabb volt a családi-rokonsági kötelékek, s általában gyengébb a választáson alapuló kapcsolatok súlya a támogatási hálózatokon belül” (Angelusz és Tardos 1998:239).

A nyolcvanas évek második felének vizsgálati eredményei tehát (ISSP 'social network'- 1986 Utasi) azt mutatták, hogy „a családi és rokonsági szálak nagyobb arányát regisztrálhattuk hazai körülmények közt, míg az egyéb kapcsolatokon belül a munkahellyel összefüggő, munkatársi viszonylatok nagyobb, az intézményeken kívüli baráti, ismerősi jellegű kontaktusok alacsonyabb arányát állapítottuk meg” (Angelusz és Tardos 1998).

² Christakis, Nicholas A. és Fowler, James H. (2010). Kapcsolatok hálójában: mire képesek a közösségi hálózatok, és hogyan alakítják sorsunkat? Bögel György, Csermely Péter, Lovrics László kommentjeivel, ford. Rohonyi András és Rozsnyói Pál, Budapest: Typotex.

A rendszerváltást követő kutatásokból kiderül, a magasabb státusú társadalmi rétegek körében felerősödött az individualizálódás. A gazdagodás vágya lazította a kapcsolatokat. Ekkor már nagymértékben fokozódott a gazdasági-vagyoni egyenlőtlenség, eközben a jómódúak, ezen belül pedig a vállalkozók kapcsolati erőforrásuk segítségével, a család és a rokonok megtakarításaiból, bizalmi és kapcsolati tőkéjük felhasználásával tudtak érvényesülni (Utasi, 2002).

A TÁRKI Háztartás Monitor kutatása a kutatási témák tekintetében a Magyar Háztartás Panel utódja. A Háztartás Monitor vizsgálat sorozat 1998-ban kezdődött el, miután a Magyar Háztartás Panel (1992-1997) véget ért. A Háztartás Monitor longitudinális keresztmetszeti háztartásvizsgálat. A vizsgálat központjában a munkaerőpiac és a jövedelmek témái állnak, de emellett a fogyasztás, a vagyon, a megtakarítás, a gazdasági várakozások, attitűdök, a társas kapcsolatok, valamint a politikai pártválasztás és a vallási hovatartozás is a vizsgálat tárgya volt. A kutatást több kormányzati és állami szerv valamint magán intézmény támogatta kutatási megrendelésével (www 1).

Az Utasi 2001-es, a család integráló erejének trendjét vizsgáló kutatásának fő kérdése, hogy bizonyos válsághelyzetekben a válaszadók kinek a szolidaritására támaszkodtak elsődlegesen másfél évtizeddel korábban (1986-ban), és hasonló válsághelyzetben melyik kapcsolatuk támogatására, szolidaritására számítanak 2001-ben.

A két vizsgálat egybehangzóan jelzi, hogy a tradicionális házassági, családi kapcsolatban élők aránya mintegy 14-18 százalékkal csökkent az elmúlt másfél évtized alatt. A személyes találkozás korábbi intenzitása mellett a szolidaritás-akciók feltételeiben a kedvezőbb változást a kapcsolattartás közvetett eszközének, a telefonnak az elterjedése jelenti. Megállapítható, hogy a telefonkapcsolat hatása persze korántsem azonos a közvetlen találkozással, ám a szolidaritási-akciók, a rendkívüli helyzetekben történő családi segítségnyújtás szempontjából jelentősége nagy (Utasi 2002). További kutatás mutatott rá arra, hogy a családtagok és a baráti kör nyújtotta biztos légkör elengedhetetlen feltétele az elégedettség érzésének (Utasi 2008).

A kutatás célja és módszere

A természetes védelmi háló működésére irányuló kutatások Nyíregyházán már 1995-ben elkezdődtek kérdőíves felméréssel. A vizsgálatok arra irányultak, hogy létezik-e egyáltalán olyan rendszer, amelyet a szükségleteket szenvedő lakosok segítségül tudnak hívni. Milyen mértékben számíthatnak a családjukra, barátaikra, szomszédságukra, munkatársaikra a különféle problémáik megoldásában (Fábián 1997). A kutatások tovább folytatódtak a természetes-támogató rendsze-

rek vonatkozásában, a társadalom helyzetére és az egyéni szükségletek kielégítése során történő támogató rendszerre fókuszálva (Nyírcsák, 1997). A 2008-ban indult Nyíregyháza Város Életminősége című kutatássorozat átfogóan vizsgálja, hogy egy nyíregyházi polgár mennyire integrálódott be a helyi közösségbe és milyen kapcsolati potenciálokkal rendelkezik (Huszi, 2008). „Az elmúlt négy évtizedben a különböző típusú névgenerátorok voltak a legfontosabb mérési módszerek, melyek közelebb vitték a kutatókat az egocentrikus kapcsolati háló megismeréséhez. Az egocentrikus kapcsolati háló felmérésének két leggyakrabban alkalmazott, legnépszerűbb módszere a Wellman, Fischer, Burt, Marsden neveihez köthető névgenerátor, valamint az elsősorban Lin és Dumin nevével fémjelzett pozíció generátor. Mindkét módszer elsődleges célja, hogy az egyéni kapcsolatrendszer társas támogatását és a kapcsolatok által elérhető erőforrásokat próbálja feltárni” (Huszi 2013:80).

Módszer

A kutatásom a korábbi kérdőíves felmérésekből kiindulva egy szűkebb társadalmi réteget céloz meg. Mivel hasonló felmérések nem készültek korábban interjú módszerrel, ezért kevés ismerettel rendelkezem a vizsgálni kívánt problémák feltáráshoz. Feltáró kutatásomban tehát módszerként a nem véletlen mintavételi technikák közül az önkényes mintavételt tartottam célravezetőnek. A résztvevő személyek kiválasztásában a HUMAN-NET Alapítvány munkatársai voltak a segítségemre. Biztosítottak számomra egy külön szobát, ahol a megkérdezettel nyugodt körülmények között tudtam beszélgetni, és nem volt semmiféle zavaró tényező. Az interjúkat 2011. július 4-től -2011. augusztus 17-ig személyesen készítettem el és diktafonra rögzítettem. Minden megkérdezett 18 évesnél idősebb volt. A válaszadás önkéntes, a diktafonra történő rögzítés előzetes engedélykéréssel valósult meg, az anonimitás biztosítva volt, teljes nevet illetve lakcímet egyik esetben sem kértem. A vizsgálat során az elemszámom összesen 10 fő volt.

A természetes védőháló-kutatás során a megkérdezettek közül hat ember nyíregyházi (belvárosi) lakos, két megkérdezett cigánytelepen él, egy Nagyszálláson egy pedig Nyírjesen. A Huszártelep egykor laktanyaként funkcionált, mára jelleget tekintve a nyugati nagyvárosok etnikai jellegű perem-gettóihoz hasonlít (www 2). A telepre jellemző az épületek lelakottsága, romossága. Az itt készült interjúkat az egykori általános iskolában tudtam elkészíteni, az épület mára már „Huszárvár Szocio-Kulturális Szolgáltató Központ” néven működik, ahol a családsegítő szolgálat, a különböző közösségi ellátások, illetve a gyermekek nyári étkeztetése zajlik. Az itt készült interjúim sok információval bírnak a kutatás témáját illetően. A nagyszállási és nyírjesi lakosok interjúinak elkészítésénél a HUMAN-NET Alapítvány munkatársai segítettek a körülmények megteremtésében: a tanyagondnoki szolgálat autója kivitt a helyszínre és személyesen, a lakókörnyezetüket megfigyelve tudtam megkérdezni őket.

Az interjúk félig strukturáltak, mindenkitől ugyanazt kérdeztem, viszont a témáról szabadon beszélhettek, illetve idő közben felmerülő vagy a témához jobban kapcsolódó új kérdések is bekerültek a repertoárba. A beszélgetés első részében úgynevezett „ráhangoló”, bevezető kérdéseket alkalmaztam, pl. hogyan szólíthatom, mekkora a családja, meséljen a gyermekkoráról. A bizalom kiépítése nagyon fontos volt számomra. Ahhoz, hogy érzéseiket őszintén megjelenítsék és kifejezzék nekem. A bevezető részben és a kérdések döntő többségében nyílt kérdéseket használtam. A kérdések számát tekintve körülbelül harmincat tettem fel, de ez minden egyes interjú alanyánál változott, hiszen egy-egy témában, ami őt nagyon foglalkoztatta, ott több kérdést alkalmaztam. Ezek után következtek azok a kérdések, melyek a rokoni, baráti találkozások gyakoriságára, a foglalkozásra, klub vagy szervezeti tagságra irányultak. A munkahely meglétével vagy ennek hiányával kapcsolatos érzések, a munkahelyi kapcsolatok, munkahely-szerzés egyéni lehetőségei következtek. Az utolsó blokkban pedig a szabadidős tevékenységekre, az iskolai végzettségre, illetve az iskolában kötött baráti kapcsolatok intenzitására, idegen nyelvi tudás felmérésére, és végül az életcélokra és a jövőképre fókuszáltak a kérdéseim.

Céлом volt, hogy a közösségeken belüli személyes kapcsolatokat, illetve a segítő kapcsolatok hálózatát vizsgáljam. Milyen kapcsolati hálóval rendelkezik az alapítványhoz forduló, problémákkal küzdő emberek? A társas támogatás néhány formája a hátrányos helyzetben élő emberek esetében; a vizsgálat során az egyén szubjektív érzéseit, attitűdjeit kerestem a segítő-támogató viszonyokban, azt, hogy az egyén társadalmi struktúrában elfoglalt helye (életkor, lakhely, foglalkozása, jövedelmi viszonyai) hogyan alakítják kapcsolatrendszerét. Továbbá, hogy a „segítőnek” olyan információkat nyújtsak, amelyekkel a klienskörük kapcsolati hálóját erősíteni tudják. Fontosnak tartottam megvizsgálni, hogy egy szociálisan hátrányos helyzetben élő ember kapcsolati hálója mennyiben tér el az átlagos nyíregyházi felnőttekétől. A munkámban megjelennek szubjektív elemek, hiszen ebben a témában hasonló jellegű felmérések ritkák a segítő szakmában.

A kutatás eredményei

Mark Granovetter vezette be a gyenge és az erős kötések megkülönböztetését: két aktor közötti kötés erősségét az azt jellemző érzelmi töltés, a rá fordított idő és a kölcsönös szolgáltatások cseréje határozza meg. Megállapítja, hogy az egyént körülvevő emberek szoros kötésekkel kapcsolódnak az ego-hoz, míg a gyenge kötések gyakran nyúlnak a csoporton kívülre: ezek a messzebbre nyúló gyenge kötések gyakran szolgálnak hídként, nemcsak az ego és ismerőse között, de raj-

tuk keresztül az őket körülvevő közeli barátok hálója között (Granovetter 1973). A következő részben jellemzően az erős kapcsolatokkal (úgy mint szülő, gyermek stb.) foglalkozok.

Gyermekkor

A kutatásomban résztvevő, alapítványhoz forduló emberek vizsgálatok többségüknél azt tapasztaltam, hogy rossz gyermekkoruk volt. A legközelebbi hozzátartozójukkal (anya, apa, testvér) sem volt meg az a pozitív kapcsolat-rendszer, amelyet az interjúk elkészítése előtt feltételeztem. A család pedig az elsődleges csoport, amely a társadalmi támogatórendszer lényegét képezi és a benne nevelkedő egyén támaszául szolgál, illetve az ember biológiai létezésének legfőbb színterét jelenti, és a társadalmi létezés első szervezeti formáját (Bánlaky 2004). A megkérdezettek többsége Nyíregyházán született és itt is nevelkedett, ahogy felmenőik is. Szüleik legmagasabb iskolai végzettségét tekintve jellemzően szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkeznek. A megkérdezettek a válás, az egyik szülő halála, vagy nevelőszülőnél való nevelkedés miatt csonka családban nőttek fel. A természetes védelmi háló legerősebb eleme a család, az alapítványhoz forduló megkérdezetteknél ez a segítő kapcsolati háló nagymértékben sérült. A kapcsolati háló vizsgálatok rámutattak arra, hogy a gazdasági egyenlőtlenségeket fokozó piacgazdaságban az egyén nem számíthat közvetlen kapcsolataira, főként családjára és rokoni támogatására, szolidaritására és amennyiben a szervezetek, intézmények sem segítik vagyis nem működik a kompenzáló társadalmi szolidaritás, akkor a társadalom jelentős rész izolálódik, perifériára szorul és ezáltal csökken a társadalmi integráció (Utasi 2002). A családi szolidaritásra, elsősorban a párkapcsolatukra támaszkodhatnak, a megkérdezettek közül már senki nem él házastársi kapcsolatban. Többségük válás, illetve a házastárs halála miatt élettársi kapcsolatban él. Az interjúk felvétele során többnyire azt éreztem, hogy emocionálisan labilisak. A válaszadókról elmondható, hogy nem érzik a családtól származó szolidaritást, és ennek hiányában nehezen vagy egyáltalán nem képesek integrálódni a mikrotársadalomba. A makrotársadalmi szolidaritás csak akkor képes egymaga is eredményesen gátolni a versenyre képteleneket, a versenyből kimaradók izolálódását, ha a társadalmi szolidaritási akciókhoz kellő mértékű anyagi forrásokkal, hatalommal és akarattal rendelkeznek (Utasi, 2002).

„Nem jó gyermekkorom volt, apukám meghalt még ’71-be, másfél éves voltam, mikor meghalt, anyukám egyedül nevelt fel bennünket. Hatan vagyunk testvérek, abból már most kettő elhunyt. Most halt meg az édesanyám a múlt hónapba. A gyermekkorom nem volt olyan híres, öt osztályt végeztem, szegények voltunk.

Nehezen jártunk iskolába is, anyukám nehezen gondoskodott rólunk.” (Nagy-szállási középkorú asszony)

„Intézetbe nevelkedtem, jelenleg Nyíregyházán lakok a Guszev-ben, nevelőszülőkhöz kerültem ötéves koromban, végig egy nevelőszülőnél nevelkedtem, gyermekként is Nyíregyházán laktam. Tudomásom szerint van négy húgom, ebből kettőt láttam csak, de nem tartjuk egymással a kapcsolatot. Régen úgy találkoztunk, hogy az intézet csinált egy-két napos tábort és ott tudtunk a testvéreimmel találkozni. Semmit sem tudok róluk, megszakadt velük a kapcsolatom. Gondoltam, hogy Vöröskereszten vagy a Periférián keresztül megkerestetem őket, de valahogy nem jutottam még el odáig.” (Huszártelepi középkorú férfi)

„Apukám jegyellenőr volt, anyukám pedig mindig mást csinált, irodában takarított, ládát szegelt, sok mindent csinált. ... Apukám, anyukám ivott és ebből voltak viták. Kiskoromról ezek a rossz emlékek megmaradtak.” (Nyíregyházi 26 éves nő)

Családi kapcsolatok

Ez egy következő kapcsolati háló szint: a rokonok (közeli, távoli). A családi, rokonsági kapcsolatok alakulását tekintve, említést tettem róla, hogy az egyre növekvő válások száma, a házasságkötések csökkenése a család, mint intézmény válságát jelzi Magyarországon.

Kutatásom alapján megállapíthatom, hogy ez az általam meginterjúvolt alanyoknál sincs másképp, sőt még erőteljesebben jelentkezik a probléma. Témám szempontjából kiemelten figyelemre méltó, hogy meglehetősen gyakori a családi kapcsolatok megszakadása, az anyagi problémák megjelenésekor a rokonok is eltávolodnak a segítségre szoruló családtagjuktól. Az elszigetelt családtagnak legtöbbször nincs módja segítséget kérni. Mivel lehetőségei nem engedik meg, hogy felhívja telefonon vagy személyesen megkeresse azt az embert, akitől elsődlegesen remélhetne anyagi vagy érzelmi támogatást. Véleményem szerint ez is közrejátszhat az alapítványhoz fordulók számának növekedésében. Több válszadó hangsúlyozta, hogy az egyéni érdekek előtérbe helyezése, tehát az individualizálódás miatt, nem számíthatnak segítségre már sokszor a rokonoktól sem. A rég nem látott rokonok mellett a meglévő rokoni találkozások a havi rendszerességet sem érik el esetükben, körükben a féléves-éves gyakoriság a jellemző. A közvetlen közösségi kapcsolatokból származó családi-rokoni szolidaritás nélkülözhetetlen nehéz élethelyzetek, különösen a hirtelen adódó problémák megoldásához. A szociológusok, demográfusok vizsgálati adatai e tekin-

tetben a családi kapcsolatokban bekövetkezett változásokra hívják fel a figyelmet. Az egyéni célok, érdekek közösség elé helyezése elsősorban a család magját jelentő párkapcsolati együttélési formákat módosítja. Növekszik a függetlenségvágy, autonómiaigény, mind többen kívánják az individuális igényeiket előtérbe állító önmegvalósító életet élni (Utasi 2002).

Azt gondolom, hogy az általam megkérdezettek esetében fontos szükséglet-hiányként jelentkezik ez a probléma: az elkeseredettség érzése tükröződött az arcukon, mikor erről beszéltek. Igény pedig lenne az irányukból, hiszen többen is említették, hogy szeretnék felkeresni rég nem látott családtagjaikat. A gyengék, tehetetlenek, forráshiányosak kimaradnak a közösségi szolidaritáshálóból, elesnek az esetleges lehetőségektől. Utasiék korábbi adatok (ISSP, 2001) alapján megállapították, hogy akinek az erős kapcsolataik is hiányosak, vagy egyáltalán nem is léteznek, alig találnak kapcsolatokat más közösségekben, azaz gyenge kapcsolataikat sem tudják úgy építeni, mint azok, akik rendelkeznek erős kapcsolatokkal. A társadalmi integráció ilyen mértékű reménytelensége esetén a társadalom érintett tagjai visszahúzódással válaszolnak (Utasi 2006).

„...Édesanyám újra házasságot kötött, ebből lett három testvérem. Nem tartom a kapcsolatot testvéreimmel sem, édesanyámmal sem, féltestvéreimmel sem. Édesanyám jelenleg az egyik féltestvéremmel él. Kisebbik bátyámat szeretném felkeresni, már próbálkoztam a Vöröskereszt által, de nem jártam sikerrel. Nagyobbik testvéremmel tartom a kapcsolatot. Az anyagi lehetősége nem engedi meg az embernek azt, hogy telefonáljak. ...27.000 Ft a bevételem és akkor ebből kell megélnem, csak a szociális segílyt kapom.” (Belvárosi középkorú nő)

„...A fiam nem is tudja, hogy ki az apja. Soha nem is találkoztunk, tudom, hol lakik, itt Nagycserkeszen, de nem bolygatom. ...Nagyban hozzájárul az életvitel meg a felelőtlenség, az ember fiatalon nem gondolkodik, csak cselekszik, majd utána gondolkodik, hogy mi van... ne félj, most 42 éves fejjel nem csinálnám azt, másképp gondolkodnék, csak a festészetbe ölném minden energiámat.” (Huszártelepi középkorú férfi)

Baráti kapcsolatok

A családtagokon, rokonokon kívül a baráti kapcsolatok biztosítják a legjelentősebb védelmi hálót. A baráti kapcsolatok számának alakulásáról több helyi kutatás is készült 2010-ben, 2012-ben illetve 2015-ben is.³ Azt a kérdést tehát, hogy „Hány barátja van Önnek?” több hazai kutatásban is alkalmazták már. Ha az országos tendenciákat megfigyeljük, már a tíznél több baráttal bírók aránya is csökken. Az adatok arra utalnak, hogy hazánkban egyre csökken a sok baráttal rendelkezők aránya, mely tendencia nem egyedülálló, hiszen a nyugati országokban is az jellemző, hogy egyre inkább beszűkülni látszik az emberek személyes kapcsolati hálója (Angelusz-Tardos, 1998).

Az alapítványhoz forduló megkérdezettek körében igen nagy azoknak a száma, akik egy baráttal sem rendelkeznek. Főként arra kerestem a választ, hogy az anyagi helyzet romlásával mennyiben változik az esetlegesen meglévő baráti kapcsolat erőssége, intenzitása. Azt tapasztaltam, hogy az előzőleg sok baráttal rendelkező emberek, az anyagi helyzet romlását követően egyre kevesebb baráttal, illetve a meglévő baráti kapcsolatok meggyengülésével, nem ritkán elvesztésével számolnak. Emellett a tanyán megkérdezett személyeknél azt tapasztaltam, hogy intenzívebben segítik egymást a barátok és a rokonok egyaránt. Az anyagi javakkal megvalósuló segítségnyújtásról feltételezhetjük, hogy a fiatalabb és jómódú rétegek körében az átlagosnál magasabb lehet az esélye a segítségnyújtásnak. A legrosszabb élethelyzetben élők azok, akikre a legjellemzőbb az, hogy soha nem találkoznak barátaikkal. A rossz életfeltételek általában is hozzájárulnak a kapcsolatok beszűküléséhez (Utasi, 2008).

A nyíregyházi panelkutatás mindhárom vizsgált évében érvényben maradt a negatív irányú összefüggés a kor és a barátok átlagos száma között, azaz minél idősebb valaki, annál kevesebb baráttal rendelkezik. Ez a tendencia egyébként hazai viszonylatban is így jelentkezik, az idősebb korcsoportok a társadalom izolált csoportjaihoz sorolhatók. Ez viszont nem törvényszerű, mert vannak olyan országok, ahol minél idősebb valaki, annál nagyobb kapcsolathálóval bír (Pl. Svájc, Kanada) (Husztai 2013).

³ Husztai Éva: Társas kapcsolatok Nyíregyházán. Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle 4. p. 590-606., 2009.

Husztai Éva: Mint pók a hálóját. Az észak-alföldi régió ifjúsági szervezeteinek kapcsolati hálója. In: Az Észak-alföldi ifjúsági szervezetek kapcsolati hálója egy szociológiai kutatás mentén. Nyíregyháza, Kalamáris Egyesület, 2009.

Husztai Éva: „Jönnek is a rokonok, ismer_sők sorra...” Társas kapcsolatok Nyíregyházán. In: A Nemzetközi III. Nyíregyházi Doktorandusz (PhD/DLA) Konferencia Kiadványa. Nyíregyháza, Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi F_iskola. p. 23-28., 2010.

Az általam megkérdezettek esetében is a kevesebb erőforrással rendelkező rétegek kimaradnak az erős kapcsolatok által nyújtott segítségből, mivel a közvetlen környezete (lakókörnyezete) sem rendelkezik erős anyagi forrásokkal. A válaszadók és az általuk legszorosabbnak mondott baráti kapcsolatuk iskolai végzettsége között összefüggést találtam, hiszen, mindegyikük ugyanolyan iskolai végzettséggel rendelkezett, mint a barátjuk⁴. Az esetükben ez igen alacsony iskolai végzettséget jelent és a kapcsolati tőke hiányának a megemlézése esetükben igen nagy fontosságú. A helyi panelkutatás arra is rámutatott, hogy a végzettség és a barátok átlagos száma között egyenes arányú összefüggés jellemző, minél alacsonyabb valakinek az iskolai végzettsége, annál kevesebb barátja van (Huszi, 2013).

„Nincs barátom, senki, akinek azt mondanám, hogy ez és ez a problémám, hogy segítsél megoldani... Az a baj, hogy olyan ritka a barátság, én már nem is hiszek benne, azért nincsenek barátaim, mert én most egy sikertelen ember vagyok, nincs, ugye, munkahelyem, nincs semmi, amit felmutathatok és a sikertelen embereket elkerülik. Nem szeretnek egy sikertelen emberrel együtt lenni. Ezt éreztem, bár senki nem jelentette ki.” (Belvárosi 46 éves nő)

„Voltak barátaim, addig, amíg az embernek volt pénze meg mindene, úgy, addig működött. Szerintem igaz barát ritka, mint a fehér holló, nekem nem volt. Mert ha lett volna, akkor ebben a rossz helyzetemben biztos kitartanak mellettem.” (Középkorú férfi)

Az interneten, a „hálón” keresztüli kapcsolattartásra is kitértem a baráti kapcsolatok vizsgálata során, itt is igen csak meglepődve tapasztaltam, hogy a fiatal generáción kívül a középkorú réteg is intenzíven tartja a kapcsolatot a barátaival. Az általam megkérdezettek egyike sem rendelkezik diplomával, legmagasabb végzettség szakmunkásképző.

„Egy barátom van és ő egy külföldi fiú, akit a facebook-on keresztül ismertem meg. Személyesen még nem találkoztunk, csak web kamerán láttuk egymást. Amikor apukám meghalt, akkor ő volt a lelki támaszom, minden nap beszélünk.” (27 éves nyíregyházi nő)

⁴ Homofília elve: „A homofília, azaz a hasonló választása nemcsak a gyermekkori, hanem a felnőttkori választott hálózatoknak is alapvető jellemzője: a hálózati alanyok szívesen lépnek kapcsolatba olyanokkal, akik hozzájuk hasonló tulajdonságokkal rendelkeznek olyan jellemzők tekintetében, mint pl.: a kor, a nem, az etnikum vagy az iskolai végzettség.” (Kürtösi, 2004)

„Személyesen sok embert ismerek, de nagyon kevés van köztük, akiket barátnak tartok, olyan kb. 5 főt. Munkám által ismertem meg őket, illetve az egyikkel gyerekkori barátok vagyunk. Egy kivétellel mindegyik nyíregyházi lakos. Közösségi oldalon regisztráltam, ott a vidéki haverral szoktam beszélni, aki elköltözött, egy vidéki húsdepóba dolgozik.” (34 éves nyíregyházi férfi)

Lakókörnyezet, szomszédsági kapcsolatok

Ez már egy másik szint az egyéni kapcsolati hálóban. A szomszédokat jellemzően a gyenge kötések közé szokták sorolni. A gyenge kapcsolatok sűrűsége általában a problémamegoldást és a változásokkal kapcsolatos felkészültség mértékét növeli (Granovetter 1973).

A lakókörnyezet hatása jelentős a megkérdozetteknel, hiszen ha azonnali segítségre van szükségük, akkor a jó szomszédi viszony nagyban segíti a krízisben lévő egyént problémájának - elsősorban rövidtávú - kezelésében. Gondolok itt különböző használati cikkek kölcsönkérésére a mindennapok során, amelyek hiánya igencsak megnehezítheti a boldogulásukat. De mindemellett maga a tudat, hogy olyan ember él „mellettem”, akire számíthatok, ha bajban vagyok, ez jelentős, hiszen az alanyok többsége munkanélküli, alig mozdul ki otthonából, lakókörnyezetéből. Úgynevezett helyi támaszt, biztonságot jelenthet számára a szomszédokkal tartott pozitív társas kapcsolat. A tanyavilágban élőknel rendkívül erős ez a fajta védelmi háló. Az itt élőknel a szomszéd sokszor egyben rokon is. Elmondásuk szerint a segítséget adók sincsenek sokkal jobb anyagi helyzetben, mégis jellemző ez a fajta szolidaritási csere köztük, hiszen ez esetükben nem csak egyoldalú, lehetőségeikhez mérten reciprokyszerűen működik.

„Gyakran találkozok szomszédjaimmal. Mán ha egy-két napot nem látjuk, akkor vagy csöngetünk be hozzá vagy menyünk megnézni, hogy mi van vele, mér nem mozog, mér nem jön a bótba. ...Mikor disznót vágnak, ideállít akkora pakkal, hogy a fagyasztót ki kell üríteni. ... Egyébként a szabolcsi ember mindég ilyen vót, legalábbis akit én ismerek, az nem hagyta, hogy a másik nélkülözzön, ha neki egy falat kenyér vót, azt is megfelezte, ha látta, hogy a másiknak nincs. Az nem ember, aki ezt nem teszi meg, legalább is az én szemembe nem.” (Nyírjes tanyán élő asszony)

„A szomszédokkal nagyon jó a viszonyom, ha elfogy a só, cukor adunk egymásnak, sőt még pénzt is adunk kölcsön egymásnak. Minden nap találkozunk itt a tanyán. ... Most vasárnap úgy járt szegény unokanővérem, hogy félig kész vót a befőzéshez való uborka, mán berakta az üvegbe, kész vót, amit rá kell tenni az a

lé, keresi a babérlevelet, nincs babérlevél, kiabál itt a kerítésen: Margitkám, ha Istent ismersz, adjál nekem babérlevelet. Mondom, várjál, felkutatom a szekrényt, nem tudom van-e. Két csomaggal találtam, odaadtam neki, úgy megőrült neki, másnap hozta. ...Ez nem csak a rokonokkal van így, hanem a szomszédokkal, barátokkal is.” (Nagyszállási középkorú asszony)

A megkérdezett városi lakosság körében már nem mondható el ugyanez. Itt azt tapasztaltam, hogy bár néha-néha kérnek segítséget a közvetlen szomszédoktól, például egy panelház esetében, viszont itt nem olyan gyakori az ilyenfajta segítségkérés. Már a kommunikáció is kevesebb köztük, mint a tanyavilágban.

„Én panelban lakom, minimálisan beszélek szomszédjaimmal. Segítséget nem kérek tőlük, köszönő viszonyban vagyunk.” (Belvárosi középkorú férfi)

„Bérházban lakom, van 12 család, abból négy köszön! Ilyen magukba zárt, elfojtott életet élnek. Én, ahogy ide kerültem már ezt tapasztaltam, szerintem ebbe a munkanélküliség is közrejátszik, hogy nem tud elhelyezkedni. ... Vannak családon belül is ilyen emberek, járkálnak egymáshoz a családok, vagy egy olyan értelmetlen dolog, hogy jön például haza a bótból és neki van főznievalója, a másikonak meg nincs, és akkor megy a nagy hangzavar. Rákiabál, hogy milyen jól megy a dógodnak, nincs itthol a férjed, miből van neked ez meg amaz, és akkor elhordják egymást a sárga földig.” (Huszártelepi középkorú férfi)

A munkanélküliség hatása az egyéni kapcsolati hálóra

Az alapítványhoz fordulók egyik legnagyobb problémája a munkanélküliség. Emellett az adósság is kiemelt fontossággal bír, bár a kutatásom erre a témakörre külön nem terjed ki. A megkérdezettek több mint fele munkanélküli. Ezt a kérdést abban az aspektusban próbáltam megközelíteni, hogy milyen hatást gyakorol a segítséget kérőre ez a probléma emocionálisan, illetve milyen hatással van a kapcsolati hálójára. Az emberek számára a munka tehát nem egyszerűen jövedelemszerzési tevékenység, hanem szociális jelentősége van: a munkavégzés és intézményei az élet egészségének legalapvetőbb szervezői közé tartoznak a modern társadalmakban. Ezért a munkanélküliek sokkal alapvetőbb dolgoktól vannak megfosztva, mint a munka-jövedelemtől, amikor nincs munkahelyük. A megváltozott élethelyzet hatással van az emberek egészségi állapotára, önértékelésére, társas kapcsolataira és a társadalmi- közösségi aktivitásra (Kucsber 2012). Azt

tapasztaltam, hogy olyan erős energiaráfordítással próbálják keresni a munkát, amennyire csak lehetőségük engedi, akár feketemunkát is vállalnak. Sajnos a feketemunka regionális szinten a legmagasabb Nyíregyházán, erről a regionális munkaügyi felügyelőség már többször említést is tett (www 3). A munkanélküliség vizsgálatakor az egyik legjellemzőbb problémát a lehetőség hiányában láttam. Nincsenek meg azok - az átlagember számára természetesnek vett dolgok - , mint pl. a telefonálási lehetőség, az állásinterjún való megjelenés (utazás), az internet - hozzáférés, és épp a legfontosabb, az a kapcsolati háló hiányzik, ami által el tudnának helyezkedni valamilyen munkahelyen. Granovetter tipológiája alapján a gyenge kötéseknek híd szerepe nem valósul meg, így nem tud különböző társadalmi csoportokat összekötni (Huszi, 2009). Ismeretségi körük szűk és ezáltal ritkán lépnek interakcióba olyan személyekkel, akik segítséget vagy információt adhatnának munkaszerzéshez. Ez abból áll, hogy ha esetleg van valahol egy megüresedett munkahely, amiről tájékoztatják a munkanélkülit. Az emberek véleménye szerint egyre ritkább a beajánlás, mindenki félti a saját munkahelyét. Az elkeseredettség mellett olyan negatív önértékelésük van, amely még hátrányosabb helyzetbe hozza őket egy állásinterjún. Azt figyeltem meg, hogy nincs határozott véleményük egy adott témáról, nem nagyon mernek kiállni a saját igazuk mellett, inkább az elfogadást, behódolást vettem észre az esetükben. Mindezek mellett a munkanélkülivé válás az élet során úgynevezett véletlenszerű, vagy akcidentális krízist is kiválthat, melyre jellemző, hogy sérti az önértékelést, megrendíti az önbizalmat és a biztonságérzést, valamint próbára teszi az alkalmazkodóképességet. És ha a baj nem jár egyedül és halmozódik a veszteségélmény, úgy ez sokszorozódik, hatványozott krízissel járhat együtt. Az, hogy a munka elvesztése milyen mértékű krízist eredményez, sok tényező függvénye (Hajduska 2012).

„Mióta nem dolgozok, azóta egyre gyakrabban fordul elő, hogy csak akkor megyek ki, ha ügyet intézek vagy boltba megyek. Most például, ha én ide nem jövök, akkor ma nem lépek ki a ház ajtaján. Tehát tulajdonképpen nem találkozok senkivel. ...Bedolgozok, mint fogtechnikus egy bizonyos helyre, hogyha ott van munka, akkor megyek, ha nincs, akkor otthon vagyok. ... A hétvége és a hétköznap között már nincs is számomra különbség.” (43 éves belvárosi férfi)

A munkanélküliség vizsgálatakor megkérdeztem, milyen módszerekkel keresnek állást. A legtöbben a munkaügyi központot említették, minden érintett regisztrált is a munkaügyi központban. Nagy bizalmatlanságot és dühöt éreztem az irányukból akkor, amikor az intézményről kezdtünk beszélgetni.

„Nincs nekem olyan személy, aki segítséget nyújtott volna eddig, valamilyen állás megszerzésében. Állás megszerzésében a Tüzér utcán és a HUMAN-NET

Alapítványnál szoktam segítséget kérni, innen kapom az ebédet is. ... A munkaügyi központról, arról meg ne is beszéljünk. Oda csak be kell menni, rosszabb, mint az SZTK, mer reggel beülünk éhen-szomjan és akkor még délbe kiszólnak: elmentünk ebédelni. Itt ülünk éhen-szomjan, nem merünk még vizet se inni, hogy maradjon meg a helyünk, és akkor délutánig még várni kell, hogy visszajöjjenek.” (Nyírjesi asszony)

„Rapszodikusán három éve vagyok munkanélküli. Fekete munkáim vannak. Kb. egy hónapja regisztráltam a munkanélküliben. Elvégeztem egy biztonsági őr tanfolyamot. Aztán lett volna állás, csak nem értesítettek időben és arról lecsúsztam. Én vettem észre később, amikor mentem, hogy ki volt plakátozva a falra az álláslehetőség, de akkor már késő volt.” (43 éves belvárosi férfi)

Jellemző, hogy igen hosszú ideig nem találnak munkát. A megkérdezettek átlagosan, kisebb-nagyobb megszakításokkal három - négy éve nem találnak tartós munkahelyet. A legsúlyosabb hatás az egyedül élőket éri. Náluk a család hiánya még jobban gyengíti a védelmi hálót.

A munkanélküliséggel összefüggésben rákérdeztem arra, hogy dolgoznának-e külföldön: milyen esélyt látnak arra, hogy esetleg máshol próbáljanak szerencsét? Kitértem arra is, ha nem szeretnének külföldön dolgozni, akkor közre játszik-e döntésükben, hogy a rokonságot, barátokat sajnálnák itt hagyni? Mennyire mérvadó számukra az, hogy az itthoni kapcsolatukat feladva kint próbáljanak szerencsét? Ezeknél a tartósan munkanélküli, saját maguk által esélytelennek ítélt helyzetben nem volt meghatározó tényező az, hogy a környezettel kialakított kapcsolataikat feladják. Ez a fajta védelmi háló olyan gyenge az esetükben, hogy az itthonmaradás választása során ez már nem számít érvnek. Ez jelzi számomra érzelmi kapcsolataik sérülését és viszonyulásukat az őket körülvevő közvetlen környezethez. Többségük egyébként szívesen vállalna külföldön munkát akkor, ha a feltételek biztosítva lennének.

„Ha lehetőségem adódna, dolgoznék külföldön, ha a feltételek biztosítva lennének, Pl.: a gyerekeknek iskola, akkor semmi akadálya. Külföldön többször voltam már Olaszországba, Ausztriába, nem lenne annyira idegen számomra.” (41 éves huszártelpei férfi)

„Ha kimentem volna, soha nem jöttem volna vissza. Festőművészként nagyobb lett volna az esélyem, szerintem jobban felkaroltak volna.” (Huszártelepi középkorú férfi)

Vallás

Az interjúalanyok többségében vallásosnak mondhatók, főként római katolikusok. Magát a templomba járást és a hitet külön kezelték a válaszadók. Inkább jellemző az, hogy nem gyakorolják vallásukat, de az Istenbe vetett hitük megvan. Arra is rákérdeztem, hogy valamilyen vallási közösségbe szoktak-e járni. Feltételeztem, hogy az ilyen közösségek csábítóak lesznek a megkérdezettek számára, hiszen a hitük, elmondásuk szerint, megvan hozzá, az idejükből is kitélik, és azt lehet mondani, hogy ingyenesen tudnak élni ezzel az igen intenzív integrálódási lehetőséggel. Feltevésem nem igazolódott be, hiszen a válaszokból kiderült, hogy többségük érdeklődését ez a lehetőség nem keltette fel.

„...Addig, amíg a gyerekek hittanra jártak, minden vasárnap mentünk, de most, hogy már mind a kettő felnőtt, egyre inkább el van hanyagolódva. Ez akkor derült ki legjobban, mikor az öcsémet temettük és a miatyánkba elakadtam. Elfelejtettem. Tehát annyira ritkán járunk. Temetéskor, keresztelőkor. De Istenbe hinni kell. Másba miben? Miért, ha az embernek valami baja van, akkor mit mond elsősorban? Jaj, Istenem! Az első szava az, igaz? Mert mást nem tud felhozni, hogy jaj, Istenem, segíts! Igaz? Még aki nem vallásos, annak is a szájára jön.”
(Nyírjesi asszony)

„Alapjába véve keresztény emberke vagyok, de úgy különösebben csak akkor megyek templomba, ha születik valaki vagy meghal. Nem vagyok egy fanatikus hívő, úgy szoktam mondani se ellene, se mellette.” (61 éves férfi)

Életcélok

Az interjúkérdések végéhez érve a legfontosabb életcéljaikra kérdeztem rá. Hogyan látják magukat öt év múlva? Hogyan ítélik meg saját helyzetüket, lehetőségeiket? Melyek azok a legfontosabb rövid és hosszú távú célok, amelyeket magukban megfogalmazznak? A válaszadók a kérdés hallatára nagyon elgondolkodtak, sokszor hosszú percekig csendben maradtak. Azt figyeltem meg, hogy akik munkanélküliek, azokon a szorongás és a reménytelenség érzése nagyon erősen dominált. Ez megnyilvánult az arckifejezésükből, gesztusaikból, mimikájukból. Elsősorban gyermekeik támogatásának a gondolata fogalmazódott meg. Az anyagi helyzet javulásának a vágya megfigyelhető volt, nem gazdagságra vagy nagyon magas életszínvonalra vágynak, csupán a mindennapi megélhetés biztonságára. A munkahelyszerzés és a dolgozni akarás motiválja őket. Öt évre

előre látni - igen nehezen ment számukra, nehezen tudták megfogalmazni, hogy vajon milyen helyen és körülmények között fogják élni az életüket.

„Nem szoktam előre gondolkodni, a mának élek. Nem jó előre belegondolni szerintem, mert az ember, amibe belegondol, és nem úgy jön össze, akkor az egy hatalmas esés, így meg nem.” (34 éves férfi)

„Célom innen kiszakadni, gyerekeimnek egy jobb jövőt biztosítani.” (41 éves huszártelapi férfi)

Összegzés

A családsegítő szolgálatához forduló klienskör egyéni kapcsolati hálóját (egocentrikus network) vizsgáltam, és makrotársadalmi integrációjának mérésére tettem kísérletet félig strukturált interjúk készítésével. Azt vizsgáltam, hogy az egyén társadalmi struktúrában elfoglalt helye (életkor, lakhely, foglalkozás, jövedelmi viszonyok) hogyan alakítják kapcsolatrendszerét. Fontosnak tartottam megvizsgálni, hogy egy szociálisan hátrányos helyzetben élő ember kapcsolati hálója mennyiben tér el az átlagos nyíregyházi felnőttektől. A társas támogatás alakulásának formája a hátrányos helyzetben élő emberek esetében változó képet mutat, a közeli és erős kapcsolatok (családtagok) kezdenek kifogyni az adható támogatásokból, ezáltal esetükben nem ők jelentik elsősorban a társas integráció útját. Ellentétben egy átlagos nyíregyházi polgárral, aki elsősorban a természetes támogató rendszerét (család, rokonok, barátok, szomszédok) használja a különböző problémáinak a megoldására. Ebből következik, hogy ezeknek a személyeknek olyan segítségre van szüksége a segítőtől, mellyel a kapcsolati hálóját bővíteni tudja. Az egyre kevesebb erőforrással rendelkező személyek kimaradnak az erős kapcsolatok által nyújtott segítségből, mivel a közvetlen környezete sem rendelkezik erőforrással, de hiányosak a hídszerű, gyenge kötések is, melyek az integrációt biztosítják. Ennek a természetes támogató rendszernek a megerősítésével a társadalomba való integráció hatékony formáját érhetjük el.

Felhasznált irodalom

1. Angelusz R.-Tardos R. (1998): A kapcsolathálózati erőforrások átrendeződésének tendenciái a kilencvenes években. In.: Társadalmi Riport 1998 Tárki, Budapest.
2. Bagyinszki Z.-Kovács I.-Péntek B. (2007): Idősek Szociális Ellátása. Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet, Budapest.
3. Bánlaky P. (2004): Családszociológia, Wesley János Lelkészképző Főiskola, Budapest.
4. Batár I. (2011): Család, jövő, társadalom-az MCSNTT 35 éves tevékenysége. Statisztikai Szemle 89.évfolyam 6. szám. 698-706.
5. Christakis, N. A. és Fowler, J. H. (2010). Kapcsolatok hálójában: mire képesek a közösségi hálózatok, és hogyan alakítják sorsunkat? Bögel György, Csermely Péter, Lovrics László kommentjeivel, ford. Rohonyi András és Rozsnyói Pál, Budapest: Typotex.
6. Fran N. (2004): Gyermekek Krízishelyzetben. Pont Kiadó, 2004.
7. Fábrián G. (1997): A természetes védőháló és működésének néhány sajátosságai Nyíregyházán. Esély (8. évf.) 3. sz. 67-75.
8. Granovetter, M.S. (1973): The Strength of Weak Ties. American Journal of Sociology, Volume 78, Issue 6.p. 1360-1380.
9. Hajduska M. (2012): Krízislélektan. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
10. Hanák K. (1998): Meditáció gyermekekről-gyermekekért. In: (Hanák Katalin szerk.)- Szociológia emberközelben. Új Mandátum, Budapest 228-245.
11. Huszti É. (2008): Társas kapcsolatok. Család, rokoni, baráti kapcsolatok Nyíregyháza lakói körében.
http://odin.de-efk.hu/library/100504_kapcsolatok.pdf.
12. Huszti É. (2009): Társas kapcsolatok Nyíregyházán. Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle 4. p. 590-606.
13. Huszti É. (2009): Mint pók a hálóját. Az észak-alföldi régió ifjúsági szervezeteinek kapcsolati hálóját. In: Csátori Emese (szerk.) Az Észak-alföldi ifjúsági szervezetek kapcsolati hálóját egy szociológiai kutatás mentén. Nyíregyháza, Kalamáris Egyesület.
14. Huszti É. (2010): „Jönnek is a rokonok, ismerősök sorra...” Társas kapcsolatok Nyíregyházán. In: A Nemzetközi III. Nyíregyházi Doktorandusz (PhD/DLA) Konferencia Kiadványa. Nyíregyháza, Szent Atanáz Görög Katolikus Hittudományi Főiskola. p. 23-28.
15. Huszti É. (2012): Társas kapcsolatok. Családi, rokoni, baráti kapcsolatok Nyíregyháza lakói körében 2008-2010. In: Fábrián G., Patyán L., Huszti É. (szerk): Életminőség Nyíregyházán 2008-2010. START Nonprofit Kft. Nyíregyháza

16. Huszti É., Dávid B., Vajda K. (2012): Strong tie, weak tie and inbetweens: a linear measure of tie strength based on network diary datasets- *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 79, 38-61.
17. Huszti É. (2013): Két módszer, egy minta. Az egocentrikus kapcsolati háló vizsgálata névgenerátorral és network napló módszerrel. *Acta Medicina et Sociologica – Vol 4.*, 79-100.
18. Kucsber L. (2012): 2011. évi tavaszi Tanulmányi Diákkonferenciára kiadványa, Széchenyi István Egyetem, Győr.
19. Kürtösi ZS. (2004): A társadalmi kapcsolathálózatok nemi aspektusai, SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei, JATEPress, Szeged 201-2013.
20. Nyírcsák J. (1999): Természetes támogató-rendszerek Nyíregyházán. In.: Lukácskó Zsolt, Fónai Mihály, Fábíán Gergely (szerk.) *Peremvidék” – szociális kutatások Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében Nyíregyháza–Salgótarján: DOTE Egészségügyi Főiskolai Kar – Salgótarjáni Népjóléti Képzési Központ*, 1999
21. Soós ZS. (2005): *A szociális munka alapjai*, Pécs.
22. Utasi Á. (1991): *Családok és életstílusok*. MTA Politikatudományok Intézete, Budapest.
23. Utasi Á. (2002): *A bizalom hálója*. Új Mandátum, Budapest.
24. Utasi Á. (2006): *A szubjektív életminőség forrásai*. MTA Politikai Tudományok Intézete, Budapest.

Internetes hivatkozás

1. TÁRKI honlapja: <http://www.tarki.hu/hu/research/hm/> (Látogatva: 2015.05.20.)
2. HUMÁN-NET Alapítvány honlapja: <http://www.humannet.hu/index.php/hu/csaladsegites/csaladgondozas> (Látogatva: 2015.05.10.)
3. Nyíregyházi álláskeresési portál honlapja: <http://nyiregyhazaallas.hu/content.php?a=NjE1MDp0aXpibC1oYXQtbXVua2FhZG9uYWwtam9nc2VydGVzLWVsZW4tYS1mZWtldGVtdW5rYQ==> (Látogatva: 2015.05.11.)

Virág Ádám

A Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán végzett 2013-ban Szociális Munka alapszakon, majd 2015-ben Szociális Munka és Szociális Gazdaság (SOWOSEC) mesterszakon. 2011-ben részt vett a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kari Tudományos Diákköri Konferencián. Jelenleg a Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Karának Szociológus hallgatója. Tagja a Debreceni Egyetem Tehetséggondozó Programjának, emellett a Verzár Frigyes Szakkollégiumnak és az Evangélikus Roma Szakkollégiumnak is.